



Capítulo 84/94

Tratado de psiquiatría clínica
Massachusetts General Hospital
2017 - 2018

CORRELATOS PSIQUIÁTRICOS Y CONSECUENCIAS DE LOS MALOS TRATOS Y LA NEGLIGENCIA

Trabajamos para su tranquilidad...

Correlatos psiquiátricos y consecuencias de los malos tratos y la negligencia

Nada Milosavljevic, MD, JD

John B. Taylor, MD, MBA

Rebecca Weintraub Brendel, MD, JD

PUNTOS CLAVE

- Todos los estados de EE. UU. han aprobado leyes que obligan a los médicos y a otros profesionales sanitarios a comunicar los malos tratos y la negligencia hacia niños y ancianos.
- Los niños maltratados tienen un riesgo grave de trastornos emocionales, conductuales y del aprendizaje. El daño mental a un niño puede tener efectos permanentes y a largo plazo en su desarrollo.
- La negligencia es la forma de malos tratos infantiles comunicada con más frecuencia a los servicios de protección estatales.
- El National Research Council ha estimado que de uno a dos millones de estadounidenses de 65 años o más han sido víctimas de malos tratos o negligencia.
- Se estima que la mayoría de los casos de malos tratos y negligencia hacia ancianos nunca son comunicados a las agencias protectoras.
- La definición legal de malos tratos de ancianos puede variar de un estado a otro de EE. UU. Sin embargo, la mayoría incluye cinco elementos: producción de lesión o dolor, producción de daño emocional o psicológico, agresión sexual, explotación material o económica, y negligencia.

Perspectiva general

Los niños y los ancianos son especialmente vulnerables a los malos tratos por sus necesidades especiales que a menudo les obligan a ser dependientes de otros. Esta dependencia puede hacer que sean vulnerables a un tratamiento incorrecto por cuidadores de todo tipo. Los psiquiatras tienen que conocer cómo diagnosticar y reaccionar ante los malos tratos y la negligencia, con el fin de proveer un tratamiento clínico sólido a sus pacientes y por las obligaciones legales y éticas específicas que comparten los médicos en casos de malos tratos y negligencia. Aunque las tasas de victimización infantil disminuyeron entre 2005 y 2009, un número alarmante de niños –casi 763.000– fueron víctimas de malos tratos en 2009.¹ Además, como la tasa de natalidad y la esperanza media de vida siguen aumentando en EE. UU., la seguridad y el bienestar de los niños y los ancianos supondrán progresivamente problemas importantes sanitarios, económicos y sociales. Según la oficina del censo de EE. UU., la juventud de esta nación aumentará un 10,9% entre 2015 y 2040.² En 2010, las personas menores de 18 años sumaban cerca de una cuarta parte de la población estadounidense, o aproximadamente 74,2 millones de niños, un aumento de la población infantil superior al 50% desde 1950.³ Del mismo modo, pero incluso en un grado mayor, en 2010 el número de personas

mayores de 65 años era 40,4 millones, y se estima que esta cifra prácticamente se doblará, hasta llegar a 80,4 millones en 2040.³³

Tanto las leyes federales como las estatales se ocupan de los malos tratos y la negligencia hacia niños y ancianos. En 1974, el Congreso aprobó una legislación de referencia con el fin de dar soporte federal para colaborar en la lucha contra los malos tratos infantiles. En la Child Abuse Prevention and Treatment Act (CAPTA) federal, el Gobierno federal aporta fondos federales a los estados para la prevención y el tratamiento de los malos tratos infantiles. Estos fondos estaban condicionados a que los estados adoptaran las leyes de declaración obligatoria.⁴ Actualmente, todos los estados cuentan con estatutos de notificación obligatoria de los malos tratos y la negligencia infantiles que exigen que ciertos grupos de profesionales (como médicos, cuidadores y profesores) notifiquen a las autoridades, cuando tengan conocimiento de ello, si un niño podría ser víctima de malos tratos o negligencia. No obstante, cada estado tiene su propia definición de malos tratos y negligencia infantiles, y hay diferencias entre los estados respecto a quién debe notificarlo y las circunstancias bajo las cuales debe hacerse la declaración.⁵

En comparación, la legislación destinada a proteger a los ancianos de los malos tratos nació del sistema de protección a la infancia. El interés federal por proteger a esta población apareció por primera vez en los años sesenta cuando se crearon leyes destinadas a proteger a los adultos considerados indefensos y susceptibles de ser dañados por otros. En 1962, con cierto parecido a la autoridad anterior *parens patriae* (o *estado como padre*) del estado de proteger a ciudadanos indefensos, el Congreso aprobó las enmiendas de bienestar público a la Social Security Act.⁶ Estas enmiendas autorizaban pagos a los estados con el fin de establecer servicios de protección para «personas con limitaciones físicas y/o mentales, que fueran incapaces de ocuparse de sus propios asuntos. [...] o eran víctimas de negligencia o explotación».⁷

En 1974, 12 años después, la enmienda título XX a la Social Security Act estableció los Adult Protective Services (APS) como un programa estatal obligatorio con cobertura para todos los adultos de 18 años o más.⁸ La financiación de estos servicios de protección fue apartada de las aportaciones a los servicios sociales entregadas por el Gobierno federal a los estados, que se habían usado exclusivamente para los servicios de protección social a la infancia. Este cambio legal marcó el comienzo de una atención mayor al cuidado y la protección de los ancianos.

En los años setenta, una serie de terribles escándalos sobre la calidad de las residencias dio pie a investigaciones estatales y del Congreso, y centró aún más la atención en la protección de los ancianos. Siguió cambios legislativos a nivel estatal. En 1985, 46 estados habían designado ya una agencia responsable de los servicios de protección a ancianos. En 1998, se estableció el National Center on Elder Abuse (NCEA) actual.⁹ Las agencias estatales y las organizaciones profesionales nacionales de EE. UU. han establecido numerosas directrices y fuentes de referencia para ayudar a la detección, la intervención, la vigilancia y el tratamiento de los malos tratos y la negligencia hacia niños y ancianos. La American Psychiatric Association (APA), la American Medical Association (AMA), el National Center on Child Abuse and Neglect (NCCAN), el NCEA y las agencias de servicios sociales estatales son algunos de los grupos que han proporcionado información extensa para abordar el abuso y la negligencia en estas poblaciones. Todos los estados, territorios estadounidenses y el distrito de Columbia cuentan actualmente con leyes dedicadas a los malos tratos y la negligencia hacia niños y ancianos. Aunque los estándares mínimos para definir estas dos cuestiones están determinados federalmente, cada estado puede desarrollar sus definiciones y estándares sobre los malos tratos y la negligencia, siempre y cuando superen el estándar federal.³⁴ Por ejemplo, en algunos estados la declaración voluntaria está permitida para algunas entidades. Sin embargo, en todos los estados, la notificación es obligatoria para los cuidadores profesionales (incluidos médicos, personal de enfermería, terapeutas y trabajadores sociales). Todos los estados tienen leyes que exigen que los médicos comuniquen la sospecha de malos tratos o negligencia, y en algunos estados la sospecha de malos tratos o negligencia por sí misma, o por «motivos fundados», es suficiente para activar el deber de notificar. Es esencial que los médicos y otros profesionales sanitarios se familiaricen con los estándares y requisitos específicos para la declaración obligatoria en todas las jurisdicciones en que trabajen. Por ejemplo, algunos médicos y clínicos de salud mental tal vez creen que acusar a un cuidador o a los padres de un niño podría suponer dificultades en la relación terapéutica. Estos

profesionales quizás tengan la tentación de trabajar con esas familias antes de notificar a los servicios sociales estatales. Es importante señalar que hacer esto significa que los notificadores forzosos serán susceptibles de demandas legales por no haber generado un informe en el momento apropiado, y de responsabilidad civil por no haber protegido a un paciente del daño al retrasar una notificación obligatoria.² Por último, muchas leyes estatales garantizan inmunidad a los médicos que notifiquen de buena fe, minimizando así la exposición a la responsabilidad legal por comunicar malos tratos y negligencia.¹⁰

Tipos de malos tratos y negligencia

Las leyes federales y estatales de EE. UU. describen varios tipos de malos tratos y negligencia hacia niños y ancianos. Para ambos grupos, estas subcategorías de malos tratos y negligencia incluyen malos tratos físicos, emocionales (psicológicos) y sexuales, y negligencia. Este capítulo se dedicará a los malos tratos físicos y emocionales y a la negligencia. El tema de los malos tratos sexuales queda fuera del objetivo del capítulo.

Malos tratos y negligencia infantiles

Tipos de malos tratos

La CAPTA proporciona los estándares mínimos para la definición de malos tratos y negligencia infantiles. En la CAPTA, recientemente enmendada por la Reauthorization Act de la CAPTA de 2010, *malos tratos y negligencia infantiles* se definen como «cualquier acto reciente o ausencia de actuación por parte de un progenitor o cuidador, que resulta en la muerte, daño físico o emocional grave, malos tratos o explotación sexual; o un acto o ausencia de actuación que suponga un riesgo inminente de daño grave».¹¹ La definición federal en la CAPTA ha sido objeto de muchas interpretaciones diferentes. En concreto, hay múltiples enfoques contrapuestos sobre cómo debe aplicarse esta legislación e incorporarse a la ley estatal. Por ejemplo, ciertos estados definen *los malos tratos y la negligencia infantiles* como un concepto único, mientras que otros consideran que los *malos tratos* y la *negligencia* son entidades distintas que requieren definiciones diferentes. Además, el estándar de qué constituye los malos tratos también varía según el estado. A pesar de estas diferencias jurídicas, los *malos tratos* quedan definidos por la mayoría de los estados como «daño o riesgo sustancial de daño» o «amenaza grave o daño grave» a un niño.³ Por ejemplo, el estado de Massachusetts define los *malos tratos infantiles* como «comisión no accidental de cualquier acción por un cuidador a un niño menor de 18 años que causa o crea un riesgo sustancial de daño físico o emocional, o constituye una ofensa sexual bajo las leyes de la Commonwealth, o cualquier contacto sexual entre un cuidador y un niño bajo el cuidado de ese individuo».¹² Como mencionamos, cada estado puede determinar los motivos de la intervención para proteger a un niño, pero los estados comparten tendencias. Por ejemplo, «niño» se define por lo general como persona menor de 18 años y no emancipado. La situación de emancipación no existe en todos los estados, pero, en la mayoría de los estados que sí la contemplan, la emancipación es un estatus legal que permite a los menores alcanzar los derechos de adultos legales, siempre que se cumplan ciertos criterios, antes de la edad en la que normalmente se considerarían adultos. Por ejemplo, en algunos estados un niño que está casado, es padre o pertenece a las fuerzas armadas puede considerarse emancipado.¹³ Es importante revisar la legislación pertinente específica de cada estado donde se ejerza para conocer qué criterios se aplican.

Malos tratos físicos

En el mundo, las definiciones de lo que constituye malos tratos físicos varían según: 1) el país, el estado o la jurisdicción; 2) las normas culturales, y 3) las predisposiciones biológicas. Cuando se sospeche malos tratos físicos, es importante considerar las influencias culturales y étnicas que podrían validar interpretaciones diferentes de los malos tratos.^{14,15}

En EE. UU., la publicación pionera de 1962 del Dr. C. Henry Kempe¹⁶ acuñó el término *síndrome del niño apaleado*. Kempe describía hallazgos compatibles con un patrón de malos tratos que incluía la existencia de

múltiples fracturas óseas en distintas fases de consolidación indicativas de malos tratos infantiles.¹⁶ Desde entonces, los tipos de hallazgos físicos relacionados con lesiones no accidentales han crecido espectacularmente en extensión y los métodos de detección son cada vez más sofisticados. Incluso con este mayor conocimiento y capacidad diagnóstica, uno de los métodos más frecuentes usados para evaluar la presencia de malos tratos físicos sigue siendo la discrepancia entre los hallazgos físicos y la explicación del progenitor o el cuidador del mecanismo de la lesión.¹⁷ La identificación de incongruencias entre lo referido y los datos objetivos de la exploración física es importante como indicio de que las historias aportadas no reflejan la realidad y que las lesiones pueden haberse producido como resultado de un acto intencionado en vez de accidentalmente.

Malos tratos emocionales

El daño mental a un niño puede tener efectos permanentes y a largo plazo sobre su desarrollo. Es importante reconocer que los malos tratos emocionales acompañan en ocasiones a los malos tratos físicos, sexual o la negligencia, pero es posible que se produzca de forma totalmente independiente de otras formas de malos tratos. Hasta la fecha, 48 estados de EE. UU. incluyen los malos tratos emocionales en su definición de malos tratos infantiles.¹⁸ (Georgia y Washington no incluyen los malos tratos emocionales en sus definiciones legales.) Los malos tratos emocionales han sido definidos por distintas organizaciones nacionales, como la AMA, la American Academy of Pediatrics, el Department of Health and Human Services de EE. UU. y el NCCAN. De acuerdo con el comité de malos tratos y negligencia infantiles de la American Academy of Pediatrics, los *malos tratos emocionales* se definen como «malos tratos psicológicos. [...] [de] un patrón repetido de interacciones dañinas entre padre(s) y niño que se convierte en la forma típica de la relación».^{18,22} En algunas situaciones, el patrón es crónico y permanente, mientras que en otras estas interacciones perjudiciales solo se producen en caso de desencadenantes específicos o «factores potenciadores».²² Globalmente, los malos tratos emocionales «constituyen un patrón de comportamiento que altera el desarrollo emocional de un niño o su sentimiento de autovalía, [que] puede incluir críticas constantes, amenazas o rechazo, así como negar amor, apoyo o guía».¹⁸ Los malos tratos psicológicos atacan el desarrollo emocional, social y humano básico del niño. Gabarino y otros han descrito formas de comportamiento físicamente destructivo infligidas por un adulto a un niño y en qué maneras estos tipos de malos tratos emocionales pueden manifestarse desde una perspectiva del desarrollo.²²

Los malos tratos emocionales se manifiestan de distintas formas ([cuadro 84-1](#)).^{22,23} El *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5)*, 5.ª Ed., es el primero que incluye un diagnóstico comparable, «malos tratos psicológicos infantiles», definido como «acciones verbales o simbólicas no accidentales por el progenitor o cuidador de un niño que resultan, o tienen un potencial razonable de resultar, en un daño psicológico significativo para el niño. [...] Los ejemplos. [...] incluyen reprochar, despreciar o humillar al niño; amenazar al niño; dañar/abandonar –o indicar que el presunto autor dañará/abandonará– personas o cosas que le importan al niño; encerrar al niño. [...] convertir al niño en un chivo expiatorio atroz; obligar al niño a infligirse dolor a sí mismo; y castigar al niño excesivamente». Otro diagnóstico del DSM-5 que puede encontrarse en los niños víctimas de malos tratos y negligencia es el «Trastorno de apego reactivo». De acuerdo con el DSM-5, este se define como «patrón constante de comportamiento inhibido, emocionalmente retraído hacia los cuidadores adultos. [...] alteración social y emocional persistentes [...] ha experimentado un patrón extremo de cuidado insuficiente como se pone de manifiesto por. [...] negligencia o carencia social. [...] cambios repetidos de los cuidadores primarios. [...] educación en contextos no habituales que reduce en gran manera las oportunidades de elaborar apegos estables»²⁴ (v. los criterios completos del DSM-5 en el [cuadro 84-2](#)). A pesar de que los malos tratos emocionales pueden provocar daño a largo plazo, a menudo es difícil sustanciar las sospechas o alegaciones de malos tratos emocionales. En concreto, es posible que el daño sufrido por el niño no sea tan obvio como los signos externos visibles de los malos tratos físicos. Por este motivo, algunos estados requieren un diagnóstico psiquiátrico o psicológico ligado a los presuntos malos tratos emocionales con el fin de establecer una conexión causal entre el trastorno del niño y el comportamiento ilícito del progenitor o cuidador.

Cuadro 84-1 Manifestaciones de los malos tratos emocionales

Perversión

Forma de explotación que alienta el desarrollo de comportamientos inapropiados (p. ej., comportamientos agresivos, sexuales, delincuencia o consumo de drogas y otras sustancias).

Degradación

Rechazo despectivo, desprecio, humillación, ridiculización o críticas que pueden incluir ser señalado vergonzosamente en público.

Ignorancia

No proporcionar una respuesta emocional, o interés o muestras de afecto por el niño.

Crianza inconstante

Comportamiento ambivalente, contradictorio o no fiable hacia el niño.

Aislamiento

Limitar o prohibir las interacciones con otros cuidadores o iguales, límites no razonables sobre las interacciones sociales.

Rechazo

Evitar al niño, negarse a reconocer o permitir su inclusión en actividades con la familia o con otros.

Aterrorizar

Intimidar, amenazar o exponer al niño a actos que hacen que se sienta inseguro.

Ser testigo de violencia o crueldad

Exposición a la violencia doméstica o comportamientos físicos destructivos por parte de los cuidadores.

Cuadro 84-2 Criterios completos del DSM-5: trastorno de apego reactivo (313.89 [F94.1])

- A. Patrón constante de comportamiento inhibido, emocionalmente retraído hacia los cuidadores adultos, que se manifiesta por las dos características siguientes:
1. El niño raramente o muy pocas veces busca consuelo cuando siente malestar.
 2. El niño raramente o muy pocas veces se deja consolar cuando siente malestar.
- B. Alteración social y emocional persistente que se caracteriza por dos o más de los síntomas siguientes:
1. Reacción social y emocional mínima a los demás.
 2. Afecto positivo limitado.
 3. Episodios de irritabilidad, tristeza o miedo inexplicable que son evidentes incluso durante las interacciones no amenazadoras con los cuidadores adultos.
- C. El niño ha experimentado un patrón extremo de cuidado insuficiente como se pone de manifiesto por una o más de las características siguientes:
1. Negligencia o carencia social que se manifiesta por la falta persistente de tener cubiertas las necesidades emocionales básicas para disponer de bienestar, estímulo y afecto por parte de los cuidadores adultos.
 2. Cambios repetidos de los cuidadores primarios que reducen la oportunidad de elaborar un apego estable (p. ej., cambios frecuentes de la custodia).
 3. Educación en contextos no habituales que reduce en gran manera la oportunidad de establecer un apego selectivo (p. ej., instituciones con un número elevado de niños por cuidador).
- D. Se supone que el factor cuidado del Criterio C es el responsable de la alteración del comportamiento del Criterio A (p. ej., las alteraciones del Criterio A comienzan cuando falta el cuidado adecuado del Criterio C).
- E. No se cumplen los criterios para el trastorno del espectro del autismo.
- F. El trastorno es evidente antes de los 5 años.

G. El niño tiene una edad de desarrollo de al menos 9 meses.

Especificar si:

Persistente: El trastorno ha estado presente durante más de 12 meses.

Especificar la gravedad actual:

El trastorno de apego reactivo se especifica como **grave** cuando un niño tiene todos los síntomas del trastorno, y todos ellos se manifiestan en un grado relativamente elevado.

Reproducido con autorización a partir de *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, Fifth Edition, (Copyright 2013). American Psychiatric Association.

Negligencia

Según el informe más reciente del National Child Abuse and Neglect Data System (NCANDS) estadounidense, la negligencia es la forma más frecuente de malos tratos infantiles comunicados a los servicios de protección estatales.¹ Más niños sufren negligencia que malos tratos físicos y sexuales sumados.¹ A pesar de que la negligencia compone casi cuatro quintas partes de todos los casos comunicados de malos tratos infantiles en EE. UU., recibe menos atención en la bibliografía y los medios de comunicación que los malos tratos físicos y sexuales. Parte del motivo de que la negligencia infantil reciba una atención desproporcionadamente menor que los malos tratos podría estar relacionada con las dificultades para definir qué constituye negligencia. En la Keeping Children and Families Safe Act de 2003, una actualización de la CAPTA, *negligencia* se define como «cualquier acto reciente o ausencia de actuación por parte de un progenitor o cuidador que resulta en la muerte, daño físico o emocional grave, malos tratos o explotación sexual; o un acto o ausencia de actuación que supone un riesgo inminente de daño físico». Aunque el Gobierno federal, a través de la CAPTA, recoge los estándares mínimos de la negligencia infantil, como en los malos tratos, los estados han hecho operativo el estándar federal aplicando definiciones que varían enormemente. Dicho esto, la negligencia se considera, por lo general, una omisión más que una acción, y la mayoría de las definiciones incorporan el concepto de ausencia de provisión o incapacidad de proveer el cuidado adecuado.^{1,28}

Es posible extraer otras generalizaciones de las leyes estatales sobre negligencia. Por ejemplo, la negligencia se divide típicamente en cinco categorías principales: negligencia emocional, física, médica, educativa y aumento de peso insuficiente (API). Al igual que los malos tratos emocionales, la negligencia es más difícil de identificar que los malos tratos físicos, porque no suelen estar presentes las marcas fácilmente detectables de cicatrices, señales o hematomas. En ausencia de indicios demostrables de daño en casos de negligencia, a menudo es difícil que intervengan los servicios de protección infantil, puesto que la intervención precisa esos indicios.

Negligencia emocional

Esta forma de negligencia comparte ciertas similitudes con los malos tratos emocionales en tanto que no se satisfacen las necesidades emocionales del niño para su desarrollo y crecimiento. La falta de afecto, amor y cariño puede tener efectos devastadores y duraderos sobre la salud y maduración emocional del niño. Este tipo de privación emocional tiene el potencial de provocar múltiples problemas de salud mental a largo plazo, como trastornos de apego, dificultades conductuales, inestabilidad emocional, autoestima baja y escasas habilidades sociales.²⁹⁻³¹

Negligencia física

Se define como ausencia de provisión de un entorno adecuado y seguro para las necesidades del niño. Es importante distinguir este tipo de negligencia de las circunstancias ambientales (p. ej., debidas a pobreza) en las que puede estar viviendo un niño. Existen numerosas agencias para ayudar económicamente a las familias con dificultades en esas circunstancias. Si una familia o un cuidador pone al niño en un entorno en que las necesidades físicas del niño no se satisfacen debido a incapacidad económica, el progenitor o cuidador no ha cometido personalmente negligencia siempre que haya mostrado un cuidado adecuado en

esas circunstancias. El simple hecho de que una familia se enfrente a dificultades económicas no constituye en sí mismo negligencia, pero tampoco es una excusa absoluta ni una defensa frente a acusaciones de negligencia física.³

Negligencia médica

La negligencia médica se produce cuando un niño tiene una enfermedad u otro problema de salud y el progenitor usa incorrectamente, rechaza o no obtiene atención médica para el niño. Además, el retraso en la obtención del cuidado médico puede constituir negligencia médica cuando la ausencia de búsqueda de la asistencia de profesionales médicos en el momento oportuno causa daño al niño. Este concepto está articulado por la Corte Suprema de EE. UU. en el caso *Parham contra J. R.*, que declaró que los progenitores tienen «una “gran obligación” de reconocer los síntomas de enfermedad y buscar y seguir las recomendaciones médicas. El concepto legal de la familia se basa en la presunción de que los progenitores poseen de lo que el niño carece en cuanto a madurez, experiencia y capacidad de juicio necesarios para tomar las decisiones difíciles de la vida».⁴

Aumento de peso insuficiente

El API se define como «interrupción significativamente prolongada de un aumento de peso apropiado, comparado con los parámetros normales reconocidos para la edad y el sexo tras haber alcanzado un patrón estable».⁵ La provisión incorrecta de nutrición y las interacciones sociales alteradas se consideran factores significativos que resultan en el síndrome de API. Aunque el API puede ser inintencionado o estar causado por enfermedades orgánicas (p. ej., fibrosis quística, errores innatos del metabolismo o infección por el virus de la inmunodeficiencia humana [VIH]), un número significativo de casos se deben a negligencia infantil. Esta negligencia es a menudo emocional, debida a progenitores o cuidadores que muestran un «comportamiento interactivo y comportamiento afectivo menos positivo» socialmente desadaptativo que conduce al API en el niño.⁶ Como tal, los lactantes, preescolares y niños con API están en riesgo de alteraciones del apego. Los profesionales de salud mental deben estar especialmente atentos a la respuesta del progenitor o cuidador a las necesidades del niño y disponibilidad emocional general cuando evalúen un API.

Negligencia educativa

Por lo general, los estados exigen que los niños vayan al colegio hasta una cierta edad o curso. Si un progenitor permite el absentismo escolar crónico o no escolariza al hijo, esto puede constituir negligencia educativa, especialmente si el cuidador ha sido informado de la situación y no corrige el problema. Del mismo modo, si un niño tiene necesidades educativas especiales y el progenitor o cuidador no termina de proveer el tratamiento necesario o no ejerce la diligencia debida para obtener servicios educativos, es posible que esté motivado el hallazgo de negligencia educativa. Algunos estados incorporan vías para la imposición legal de la asistencia escolar de niños que faltan a clase cuando los padres son incapaces de controlar al niño.⁷

Epidemiología

Los malos tratos infantiles constituyen un problema médico y de salud pública que afecta a 9,3 de cada 1.000 niños anualmente.¹ En 2009, según el NCANDS de EE. UU., cerca de 3 millones de niños fueron presuntamente sometidos a malos tratos o negligencia. Además, unos 693.000 niños fueron determinados víctimas de malos tratos. En el sistema nacional que vigila los malos tratos y la negligencia infantiles, el NCANDS, los niños se cuentan como víctimas si la investigación de una agencia estatal de servicios sociales determina que el caso constituye malos tratos «indicados» o «sustanciados».¹ Si un caso está sustanciado, se instrúa una alegación de riesgo de daño o malos tratos presente según la definición de cada estado. Los casos indicados de malos tratos incluyen situaciones en las que no fue posible sustanciar los malos tratos o la negligencia, pero había motivos para sospechar malos tratos. Los niños que pertenecen a ciertos grupos de edad y étnicos tienen un riesgo mayor de malos tratos y negligencia. Por ejemplo, los

niños menores de 1 año tenían una tasa de malos tratos comunicada de 20,6 casos por cada 1.000 niños, en comparación con los 5,1 por cada 1.000 para los de 16-17 años.¹ Los niños afroamericanos, indios americanos, nativos de Alaska y de las islas del Pacífico presentan tasas más elevadas que los niños de los demás grupos étnicos. En concreto, en 2009, los niños afroamericanos tuvieron una tasa de malos tratos comunicada de 15,1 casos por cada 1.000 niños; los niños de las islas del Pacífico, 11,3 casos por cada 1.000, y la cifra correspondiente a indios americanos y nativos de Alaska fue de 11,6 casos por cada 1.000, en comparación con los 7,8 por cada 1.000 niños blancos no hispanos, los 8,7 por cada 1.000 niños hispanos y los 2 por cada 1.000 niños asiáticos.¹

La muerte del niño es el resultado más significativo y devastador de los malos tratos y la negligencia. Sin embargo, su prevalencia es difícil de cuantificar. Estudios recientes en Colorado y Carolina del Norte encontraron que las muertes por malos tratos y negligencia infantiles habían sido subestimadas en los registros estatales en un 50-60%, aproximadamente. Esta subestimación se debe a muchos factores, como las distintas definiciones de los estados de «homicidio infantil», «malos tratos» y «negligencia», que pueden resultar en que las muertes de niños debidas a los malos tratos no queden recogidas en los certificados de defunción como fallecimientos resultantes de malos tratos o negligencia.^{35,37} La muerte infantil debida a malos tratos y el problema del registro inferior al real de los fallecimientos de niños por malos tratos y negligencia se producen en todos los países del mundo.

En 2003, el Fondo de la Organización de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) publicó un informe sobre las muertes de niños debidas a malos tratos en países industrializados.³⁸ El informe de UNICEF encontró que 3.500 niños menores de 15 años fallecen cada año por malos tratos o negligencia en 27 naciones ricas. El estudio también recogió que «dos niños fallecen por malos tratos y negligencia cada semana en Alemania y el Reino Unido, tres a la semana en Francia, cuatro a la semana en Japón, y 27 a la semana en EE. UU.». Además, «cinco países: Bélgica, República Checa, Nueva Zelanda, Hungría y Francia tienen unas cifras de fallecimientos infantiles por malos tratos de cuatro a seis veces mayores que el promedio de los países más desarrollados. En tres naciones (EE. UU., México y Portugal) las tasas son 10-15 veces más altas que el promedio de los países más desarrollados». ³⁸ Aunque los malos tratos infantiles siguen siendo un problema doméstico e internacional, los datos estadounidenses y de todo el mundo han mostrado una tendencia hacia la mejoría en algunas áreas. Las fuentes de datos estadounidenses muestran que la tasa de víctimas por 1.000 niños en la población nacional cayó de 12,5 en 2001 a 9,3 niños en 2009.³⁹ Internacionalmente, las cifras de muertes infantiles debidas a malos tratos parecen estar en declive en la mayoría de los países industrializados.³⁹

Factores de riesgo

Ningún niño está a salvo de los malos tratos, y las circunstancias que conducen a los malos tratos son complejas y solo se conocen parcialmente. Los malos tratos infantiles pueden ser infligidos por cualquier persona que cuide a un niño y producirse en muchos tipos distintos de entornos. No obstante, hay ciertos factores que ponen a algunos niños en un riesgo más alto de sufrir malos tratos que otros. Los estudios y descripciones de casos han recogido varios criterios asociados con malos tratos y negligencia. Algunos de los factores de riesgo más citados son la morbilidad del niño, el entorno cultural, la violencia familiar, el estatus socioeconómico bajo, la enfermedad mental o física parental, progenitores que son a su vez víctimas de malos tratos, y el aislamiento social o la disrupción de la familia.^{35,40} Estos factores de riesgo suelen agruparse en tres grupos principales: factores de riesgo asociados con el niño, factores de riesgo asociados con la familia y características ambientales.

Factores de riesgo asociados con el niño

Muchos tipos de factores asociados con el niño pueden contribuir a este grupo de factores. Por ejemplo, los niños con ciertos tipos de enfermedades o deficiencias tal vez resulten más difíciles de cuidar y quizás superen las capacidades de los cuidadores de tratarlos adecuadamente. Los lactantes prematuros y discapacitados son grupos específicos de niños que requieren un nivel de atención que supera las capacidades de los cuidadores de lograr un entorno seguro para el niño. Dicho esto, el llanto persistente e

inconsolable de un bebé, incluso si se trata de un lactante sano y a término, puede provocar los malos tratos. Además, es posible que ciertas etapas de la infancia sean más estresantes para algunos progenitores que otras y precipitarían los malos tratos al superar las capacidades del cuidador de atender física y emocionalmente al niño.

Factores de riesgo asociados con la familia

La vulnerabilidad familiar adopta muchas formas. Algunos ejemplos frecuentes de características que son factores de riesgo parentales para los malos tratos son la enfermedad mental, el consumo de drogas y otras sustancias, la falta de madurez y los antecedentes de malos tratos. La enfermedad mental y el consumo de drogas y otras sustancias son factores de riesgo que pueden poner a un progenitor en un estado debilitado y hacer que sea incapaz de poner en práctica las habilidades organizativas y de juicio necesarias para criar a un hijo. Si un progenitor joven o con retraso del desarrollo carece de la madurez necesaria para cuidar de un niño, este tipo de deficiencia lleva en ocasiones a que la seguridad del niño se vea comprometida. Si los adultos de la familia han sido ellos mismos maltratados, es posible que carezcan de las habilidades parentales para utilizar respuestas constructivas a los comportamientos del niño debido a su propio sufrimiento como víctimas de malos tratos.⁴⁴

Características ambientales

La pobreza y la violencia son factores de riesgo ambientales críticos de malos tratos infantiles. En 2012, las estadísticas gubernamentales indicaban que el 21,9% de los niños de EE. UU. vivían por debajo del umbral de la pobreza.⁴⁵ Aunque los ingresos reales varían según el tamaño y la composición familiar, el umbral de la pobreza de 2012 para una familia de cuatro miembros con dos niños emparentados menores de 18 años era de 23.283 dólares.⁴⁶ De acuerdo con el National Incidence Study of Child Abuse más reciente (NIS-4), los niños de familias pobres (definidas como con ingresos inferiores a 15.000 dólares anuales) tenían cinco veces más probabilidad de sufrir malos tratos o negligencia que los demás niños.⁴⁷ Además del mayor estrés sobre la familia individual, los recursos comunitarios suelen ser mínimos en comunidades asoladas por la pobreza que a menudo carecen de mecanismos de apoyo social para las familias necesitadas o son muy escasos.

Otro factor de riesgo para los malos tratos infantiles es la violencia familiar y comunitaria. Los entornos en los cuales la violencia es más frecuente pueden dar la impresión de que la violencia es una respuesta socialmente aceptable para abordar o controlar el comportamiento del niño. Un estudio de 2001 del National Institute of Justice (NIJ) de EE. UU. encontró que ser víctima de malos tratos o negligencia durante la infancia aumentaba la probabilidad de tener problemas de salud mental o educativos y de ser arrestado de joven. El estudio del NIJ también descubrió que los niños sometidos a malos tratos y negligencia tenían un riesgo mayor de presentar comportamientos delictivos de adultos.⁴⁸

Características clínicas de los malos tratos y la negligencia

Malos tratos físicos

Los malos tratos infantiles pueden ser engañosos y fácilmente disimulados, pero en cualquier situación en que se sospeche malos tratos físicos a un niño la AMA estipula que debe realizarse una valoración de salud exhaustiva. La valoración debe incluir la anamnesis, una exploración física, una evaluación del desarrollo y pruebas analíticas relacionadas.^{49,51} Además, varios hallazgos (p. ej., lesiones abdominales, hematomas, quemaduras, fracturas y laceraciones o abrasiones) pueden representar trastornos físicos que posiblemente indican malos tratos y que ayudan en la evaluación global destinada a investigar posibles malos tratos infantiles ([cuadro 84-3](#)).

Cuadro 84-3 Hallazgos físicos que representan trastornos físicos que podrían ser indicativos de malos tratos

Lesiones abdominales

Lesiones internas sin hematomas o laceraciones externas. Podrían ser el resultado de haber recibido golpes, patadas o ser lanzado.

Hematomas

Pueden formarse ciertos patrones que apuntan a un objeto o artículo concreto como causante de la lesión (p. ej., hebilla de cinturón, percha de la ropa, mano o cable eléctrico).

Quemaduras

El patrón de la quemadura puede indicar el agente causal o el tipo de lesión (p. ej., cigarrillos, plancha, calentador del fogón o una parrilla), así como quemaduras por inmersión (con patrones en calcetines o guantes, sin áreas de quemadura por salpicaduras).

Fracturas

Las observadas con frecuencia son fracturas transversas o en tallo verde (debidas a flexión o impacto directo), fracturas espiroideas (secundarias a torsión de la extremidad), metafisarias (que pueden resultar de sacudidas o tirones del extremo de la extremidad) y otras fracturas óseas (como fractura de cráneo, costillas y huesos largos).

Laceraciones o abrasiones

Los patrones de corte en la boca o los labios pueden indicar, por ejemplo, una laceración realizada con el puño o una cuchilla; los cortes lineales paralelos se deben en ocasiones a un látigo o vara.

Otras lesiones sufridas a menudo por los niños maltratados afectan al sistema nervioso central. Entre ellas están el hematoma subdural (posible reflejo de un traumatismo cerrado), la hemorragia retiniana y la hemorragia subaracnoidea (indicativa en ocasiones de sacudidas violentas). Aunque los clínicos de salud mental quizás no evalúen a niños con lesiones inmediatas de este tipo, cualquiera de estos trastornos aparece en ocasiones como información recogida en el historial médico y serán relevantes para respaldar la necesidad de profundizar en la investigación.^{30,31}

Malos tratos emocionales

Los malos tratos psicológicos pueden tener consecuencias devastadoras y a largo plazo que se adentran en la etapa adulta. Una definición de malos tratos emocionales los describe como «agresión sobre la psique del niño, igual que los malos tratos físicos son una agresión al cuerpo del niño».^{32,33} Aunque los signos visibles de los malos tratos emocionales pueden estar escondidos, es posible que se muestren varias manifestaciones conductuales y aportan pistas de que un niño ha sido víctima de malos tratos emocionales. Estos síntomas son con frecuencia ansiedad, consumo de drogas y otras sustancias, trastornos de la conducta alimentaria, relaciones alteradas, autoestima baja, trastornos del estado de ánimo, malos mecanismos de defensa, problemas académicos, trastornos del sueño, síntomas somáticos sin causa médica subyacente y tendencias suicidas.^{18,21,33} Las relaciones emocionales alteradas en forma de problemas de apego tienen consecuencias negativas persistentes en cuanto a la capacidad de funcionar en sociedad del niño y poseer empatía emocional hacia los demás. El apego es una plantilla utilizada por los niños para explorar el mundo exterior, desarrollar estilos y estrategias de afrontamiento, regular el estrés, y usarlo como cimientos para su continuo desarrollo y maduración. Cuando el apego resulta malogrado por los malos tratos emocionales, la capacidad del niño de confiar, explorar y formar relaciones sanas se sacrifica por malos mecanismos de defensa y el potencial de psicopatología.^{43,34}

Saber que los signos físicos de malos tratos emocionales son difíciles de detectar subraya la importancia de otros indicadores que pueden apuntar a malos tratos infantiles. Desde la perspectiva del niño, es posible que un clínico observe cambios bruscos en su comportamiento o rendimiento académico, dificultades para concentrarse (no atribuibles a otras causas psiquiátricas), hipervigilancia, obediencia excesiva, deseo extremo de agradar, ausencia de ganas de volver a casa, pasividad, desapego o aislamiento.³⁵

Negligencia

Las características de la negligencia se relacionan con la privación de las necesidades básicas de crecimiento y desarrollo de los niños. Las víctimas de negligencia pueden presentar signos y síntomas conductuales, cognitivos o del desarrollo igual que las que han sufrido malos tratos emocionales. Además, hay posibles manifestaciones físicas capaces de poner en riesgo la salud del niño, que requieren atención inmediata, y alertan al médico u otro profesional de salud mental en el sentido de que el niño es posiblemente una víctima de negligencia. Estas son malnutrición/hiponutrición, problemas dentales (hasta el punto de que hay en ocasiones caries dental grave o infección), mala higiene (en tal grado que son posibles consecuencias adversas para la salud) y enfermedades médicas no tratadas.³ Una forma extrema de negligencia es el abandono. En esta forma de negligencia, el progenitor o cuidador primario rechaza todos los deberes parentales y renuncia a cualquier responsabilidad por el niño. Aunque la sociedad tal vez considera que este tipo de malos tratos es más benigno que los malos tratos, las víctimas de negligencia crónica tienen el potencial de sufrir posteriormente la incapacidad de formar lazos emocionales. Hay muchas consecuencias de la imposibilidad de formar apegos saludables que incluyen alteraciones del desarrollo normal del niño. Un ejemplo específico es la correlación entre ausencia de conexiones sociales y expresión empática y futuros comportamientos antisociales y criminales.

Tratamiento

La identificación precoz, la intervención y el tratamiento son componentes críticos para minimizar las consecuencias a largo plazo de los malos tratos de niños. En la actualidad, las modalidades terapéuticas adoptan un enfoque multidimensional para abordar el problema desde múltiples ángulos (como la psicopatología parental, los problemas de acontecimientos traumáticos y malos tratos del niño, la disfunción familiar y el apoyo social/comunitario). Este enfoque multimodal al tratamiento es un fenómeno relativamente nuevo. Tres décadas de investigaciones sobre los malos tratos infantiles han desplazado el centro de atención de los trastornos individuales (que se dedicaba casi en exclusiva al progenitor) al tratamiento y prevención que utiliza un modelo ampliado de atención multimodal y disciplinaria. Varios modelos teóricos se han ocupado de estrategias globales para evaluar y abordar los numerosos determinantes de los malos tratos infantiles.⁴³⁻⁵⁸ La perspectiva de «integración ecológica» fue introducida por Belsky en los años ochenta. Propuso un desplazamiento en el paradigma terapéutico de los progenitores o cuidadores a una estrategia que pone el acento en los factores de riesgo ambientales y del niño.⁴ Wolfe, al comienzo de la siguiente década, planteó un modelo «transicional» que se alejaba del concepto de trastorno psicológico individual del cuidador y analizaba los malos tratos infantiles como un problema progresivo en una línea continua de interacciones culturales, individuales, parentales y sociales.⁵ Otro modelo teórico que surgió a mitad de los años noventa fue el enfoque «transaccional» de Cicchetti y Lynch.⁵⁹⁻⁶⁸ Estos y otros autores postularon que a lo largo del tiempo se producen repetidamente numerosas interacciones de factores de riesgo y factores protectores entre la familia y la sociedad. Este modelo describió la interacción longitudinal de estas variables como el modo en que se conforman la adaptación individual y el desarrollo. Por ejemplo, mostraron que las tasas de malos tratos físicos a niños se relacionaban con los niveles de violencia comunitaria referida por niños.⁶⁷⁻⁶⁸

Estos modelos etiológicos de los últimos 25 años han sustituido a los modelos de causa y efecto más antiguos de los malos tratos infantiles que se centraban en el progenitor/cuidador como factor central de los malos tratos. De acuerdo con este conocimiento mayor de la etiología de los malos tratos y la negligencia infantiles, el tratamiento actual se centra en las múltiples vías que pueden conducir a los malos tratos y los factores situacionales contribuyentes (situándolos en un contexto sociocultural, específico de cada caso). Las modalidades terapéuticas actuales adoptan típicamente una estrategia doble para proporcionar tratamiento a los progenitores y el niño.

Tratamiento parental

El cambio en el comportamiento de los progenitores a través de la educación y la formación en cuidados del niño, el desarrollo y las demandas básicas de la crianza se ofrece, por lo general, mediante clínicas

comunitarias de salud mental o agencias de servicios sociales. No es infrecuente que los progenitores que han ejercido malos tratos o negligencia hacia sus hijos presenten un ciclo generacional de malos tratos. Junto con la formación en competencia parental y habilidades de crianza puede ser necesaria la terapia individual para abordar los antecedentes de malos tratos del progenitor por su cuidador. La psicoterapia se usa para aumentar el conocimiento propio sobre los malos tratos, abordar conflictos y dificultades relacionales, enseñar mecanismos de defensa para situaciones estresantes, y proporcionar apoyo emocional. Además, deben ponerse en marcha apoyos sociales y servicios terapéuticos (como grupos de apoyo parentales y visitas domiciliarias) para aportar más apoyo y tratamiento.

Tratamiento del niño

Los niños maltratados pueden presentar varias defensas protectoras y están en riesgo de sufrir muchos tipos de trastornos psiquiátricos, alteraciones del comportamiento y la emoción, dificultades del aprendizaje y retraso del desarrollo. Como es posible que estos niños muestren distintas respuestas a los malos tratos, es obligatoria una evaluación exhaustiva y un diagnóstico preciso antes de iniciar el tratamiento. Las consideraciones específicas que podrían ayudar a dirigir la elección de tratamiento por parte del clínico son la valoración del nivel de desarrollo del niño en el momento del acontecimiento traumático y cuando comienza el tratamiento, los puntos fuertes del niño, y dificultades mantenidas a las que se enfrenta. La psicoterapia se usa a menudo para ayudar en la función relacional, ocuparse de problemas de confianza básica, animar y respaldar el desarrollo emocional, y revisar patrones conductuales y relacionales desadaptativos. Otros programas terapéuticos podrían ocuparse de la construcción de habilidades (cognitivas y sociales), el manejo de conflictos y la promoción de la autoestima.

Malos tratos y negligencia hacia los ancianos

Según los Centers for Disease Control and Prevention (CDC), los malos tratos a ancianos «son malos tratos y negligencia hacia personas de 60 o más años de edad por parte de un cuidador u otra persona en una relación que implica una confianza anticipada». Los 50 estados, el distrito de Columbia, Guam, Puerto Rico y las Islas Vírgenes de EE. UU. cuentan con leyes que rigen la provisión de APS en casos de malos tratos a ancianos. Sin embargo, los criterios que emplea cada estado para determinar si se han producido malos tratos o negligencia y, por tanto, si la persona es un candidato a recibir los servicios de APS, varían enormemente. Algunos factores que cambian según la jurisdicción son la edad de la víctima; el tipo de malos tratos; si existe o no negligencia, explotación y abandono; si la notificación es obligatoria o voluntaria (aunque está presente la obligación de notificar para la mayoría de los profesionales sanitarios); los procedimientos de la investigación, y las correcciones existentes.

A pesar de las diferencias entre estados respecto a las definiciones de malos tratos a ancianos, la mayoría de las leyes estatales contienen cinco elementos. Estos elementos son inducción de dolor o lesiones, inducción de daño emocional o psicológico, agresión sexual, explotación material o económica, y negligencia. A diferencia de los malos tratos infantiles, los ancianos pueden sufrir autonegligencia cuando cumplen años y su capacidad de cuidar de sí mismos resulta mermada por limitaciones físicas y mentales. A nivel federal, aunque se aprobaron leyes destinadas a financiar servicios y refugios para las víctimas de malos tratos infantiles y violencia doméstica, no había leyes equivalentes que proporcionaran esos servicios a los ancianos víctimas de malos tratos y negligencia. Además de incorporar definiciones de malos tratos de ancianos, la actualización de 2006 de la Older Americans Act (OAA) federal proporciona financiación directa a los estados destinada a «llevar a cabo programas para la prevención, la detección, la evaluación y el tratamiento, la intervención, la investigación y la respuesta a los malos tratos, la negligencia y la explotación (incluida la explotación económica) de los ancianos».

Otro asunto importante referente a los malos tratos de ancianos es proteger a aquellos que viven en residencias. El Long-Term Care Ombudsmen Program (LTCOP) es una obligación federal en todos los estados, y el Gobierno federal condiciona la financiación de los programas de malos tratos y negligencia a ancianos a la presencia del LTCOP en cada estado. El objetivo de este programa es representar a las

personas que residen en centros de cuidados crónicos y sufren algún tipo de malos tratos. Los LTCOP son la agencia de contacto para los profesionales de la salud mental certificados que, como notificadores obligados, tienen que declarar los casos de sospecha de malos tratos hacia ancianos en centros de cuidados crónicos.⁶⁵

Con la aprobación de la Elder Justice Act de 2010, una enmienda de la Patient Protection and Affordable Care Act, tendrían que haberse producido cambios sustanciales y de gran alcance en la notificación de los malos tratos a ancianos. Esta legislación requeriría una mejor formación del defensor, financiación para evaluar la eficacia de los programas de malos tratos a ancianos, aportar financiación a los estados destinada a la investigación y persecución de los malos tratos a ancianos, y establecer el consejo de coordinación de justicia para ancianos y un comité asesor sobre malos tratos a ancianos.⁶⁶ Sin embargo, a pesar de la petición de 777 millones de dólares en 4 años para lograr sus objetivos, en 2013 solo había conseguido 8 millones.⁶⁷

Epidemiología y factores de riesgo

En 2003, para facilitar la investigación sobre este asunto, el National Research Council propuso una definición en dos partes de los malos tratos a ancianos: daño a un anciano vulnerable que se produce como resultado de acciones intencionadas por parte de un cuidador u otra persona de confianza o por la incapacidad del cuidador de satisfacer las necesidades básicas y proteger al anciano de daños.⁶⁸ En la última década ha aumentado el conocimiento público del alcance del problema, así como la cuantía de las investigaciones relativas a los malos tratos hacia los ancianos.

Como el conocimiento de los malos tratos a ancianos ha aumentado, también ha mejorado su caracterización. El National Elder Mistreatment Study, realizado en 2009, intentó estimar su prevalencia. En esta muestra de casi 6.000 ancianos, la prevalencia global a 1 año de los malos tratos fue del 11,4%; el 4,6% sufrían malos tratos emocionales; el 1,6%, físicos; el 0,6%, sexuales; el 5,1%, negligencia potencial, y el 5,2%, malos tratos económicos.⁶⁹ Los malos tratos a ancianos pueden producirse en entornos domésticos y estar perpetrados por familiares, pero también afecta a personas en residencias atendidas por cuidadores no emparentados. El porcentaje de ancianos que sufre malos tratos o negligencia se multiplica por dos o por tres en el caso de los ancianos de más de 80 años. Además, se ha demostrado que las informaciones confirmadas de malos tratos y autonegligencia de ancianos se asocian con menor supervivencia.⁷⁰

Los factores de riesgo de malos tratos y negligencia a ancianos pueden dividirse en cuatro grupos: factores relacionados con las víctimas, aquellos asociados a los maltratadores, factores asociados a las relaciones y los relacionados con el ambiente. Una revisión del 2013 de 49 estudios encontró 13 factores de riesgo asociados con los malos tratos hacia ancianos: deterioro cognitivo, problemas de comportamiento, enfermedad psiquiátrica o problemas psicológicos, dependencia funcional, mala salud física o fragilidad, ingresos o bienestar económico bajos, acontecimientos traumáticos o malos tratos anteriores, grupo étnico (víctima); estrés del cuidador, enfermedad psiquiátrica o problemas psicológicos del cuidador (maltratador); discordia familiar, relaciones malas o conflictivas (relaciones), y escaso apoyo social (ambiente).⁷¹ Los ancianos deprimidos o con deterioro cognitivo tienen más probabilidades de sufrir autonegligencia.⁷² La autonegligencia se asocia con tasas significativamente mayores de ingreso, con una correlación positiva paralela a la gravedad de la autonegligencia.⁷³

Detección y notificación

Los médicos son notificadores obligados ante la sospecha de malos tratos y negligencia hacia ancianos, pero quizás no están bien formados para reconocer estos malos tratos.⁷⁴ La detección de los signos y síntomas de malos tratos puede ser sutil, y estar enmascarada por otras enfermedades o debilidad. Al ojo no entrenado, es posible que los ancianos víctimas de malos tratos y negligencia parezcan simplemente frágiles y enfermos. Como los hallazgos resultan difíciles de distinguir en ocasiones, es enormemente importante una evaluación adecuada en entornos sanitarios. Además, para muchos ancianos víctimas de malos tratos y negligencia, los hospitales son quizás la única fuente de ayuda, lo que pone a los médicos y otros miembros de la plantilla del hospital en la posición exclusiva y muy importante de reconocer y abordar los malos tratos sospechados a ancianos.⁷⁵ Los médicos y otros profesionales de salud mental

deben familiarizarse con los requisitos de notificación en las jurisdicciones en las que ejerzan. El conocimiento de los recursos disponibles para la evaluación e investigación en casos de sospecha de malos tratos a ancianos también es obligatorio.

Las directrices de diagnóstico y tratamiento sobre malos tratos y negligencia hacia ancianos de la AMA proporcionan criterios de referencia para ayudar a los médicos en la detección, el diagnóstico y la respuesta a los casos de malos tratos a ancianos; estos, además, suelen ser más difíciles de detectar que los malos tratos infantiles. El aislamiento social es más frecuente en ancianos, y esto aumenta el riesgo de malos tratos y reduce la probabilidad de que esas personas contacten con profesionales sanitarios. De acuerdo con el National Elder Abuse Incidence Study de 1996, cerca del 25% de la población anciana vive sola. Muchos ancianos tienen familiares como contactos primarios y es posible que sus interacciones con otros sean mínimas.

Tratamiento

Una evaluación exhaustiva debe acompañar al tratamiento de los trastornos o las lesiones físicas asociados con malos tratos o negligencia. El tratamiento incluye cuidados de las heridas en las úlceras por presión, proporcionar una nutrición adecuada y ayuda con la higiene. Hay que valorar los factores contribuyentes de los malos tratos o la negligencia observados. Es posible que sea necesario que la persona abandone a los cuidadores, familiares o no, y sea protegido en un entorno seguro. En ocasiones, es preciso un ingreso hospitalario hasta localizar alternativas. En otros casos, basta con aportar servicios en la situación residencial existente. Globalmente, los datos sobre la eficacia de las intervenciones en los casos de malos tratos de ancianos son limitados y se necesitan más estudios.²⁴

También es importante determinar la capacidad del anciano de tomar decisiones por sí mismo. Si el anciano tiene deterioro cognitivo, esta valoración puede requerir el uso de evaluaciones formales de la memoria y otras funciones neuropsicológicas. En casos en que la persona no posea la capacidad de tomar decisiones por sí misma, es necesario nombrar a un representante que se encargará de la toma de decisiones.

Acceda *online* a las preguntas de opción múltiple (en inglés) en <https://expertconsult.inkling.com>

Bibliografía

1. Children's Bureau, U.S. Department of Health and Human Services *Child maltreatment 2009*. Washington DC: US Government Printing Office; 2010: Available at: <<http://archive.acf.hhs.gov/programs/cb/pubs/cm09/cm09.pdf>>.
2. U.S. Census Bureau. Projections of the population by selected age groups and sex for the United States: 2015-2060, Available at: <<http://www.census.gov/population/projections/files/summary/NP2012-T2.xls>>.
3. U.S. Census Bureau. Incremental estimates of the resident population by sex and age for the United States: April 1, 2000 to July 1, 2010, Available at: <<http://www.census.gov/popest/data/intercensal/national/tables/US-EST00INT-01.xls>>.
4. Public Law no. 92-273; 42 U.S.C. § 5101.(2003).
5. Child Welfare Information Gateway, Children's Bureau/ACYF (formerly the National Clearinghouse on Child Abuse and Neglect Information and the National Adoption Information Clearinghouse). 2005 state statute series: definitions of child abuse and neglect (2005), Available at: <www.childwelfare.gov/systemwide/laws_policies/statutes/define.cfm>.
6. Committee on National Statistics (CNSTAT) *Elder mistreatment: abuse, neglect, and exploitation in an aging America*. Washington, DC: National Academies Press; 2002.
7. US Department of Health, Education, and Welfare 1966 state letter no. 925. Subject: four model demonstration projects. Services to older adults in the Public Welfare Program. Cited in District of Columbia, 1967, Protective Services for Adults: Report on protective services prepared for the DC Interdepartmental Committee on Aging, Washington, DC. In: Wolf RS, Pillemer KA, editors. Helping elderly victims: the reality of elder abuse. New York: Columbia University Press; 1989.
8. US Department of Health and Human Services, Administration on Aging, Infrastructure of Home and Community-Based Services for the Functionally Impaired Elderly. State source book, Washington, DC, 1994, US Department of Health and Human Services, Office of Disability, Aging and Long-Term Care

- Policy: *Caring for frail elderly people policies in evolution*, chap 14, Washington, DC: US Organization for Economic Co-operation and Development; 1996.
9. Lachs MS, Pillemer K. Abuse and neglect of elderly persons. *N Engl J Med.* 1995;332:437–443.
 10. 42 U.S.C.A. § 5106g(2). (West Supp. 1998).
 11. Children’s Bureau, U.S. Department of Health and Human Services. The Child Abuse Prevention and Treatment Act, Available at: <<http://www.acf.hhs.gov/sites/default/files/cb/capta2010.pdf>>.
 12. Massachusetts 110 CMR, section 2.00.
 13. Schetky DH, Benedek EP. *Principles and practice of child and adolescent forensic psychiatry*. Washington, DC: American Psychiatric Publishing; 2002.
 14. Lewis M. *Child and adolescent psychiatry, a comprehensive textbook*. ed 3 Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2002.
 15. Garbarino J, Ebata A. The significance of ethnic and cultural differences in child maltreatment. *J Marriage Fam.* 1983;45:733–783.
 16. Kempe CH, Silverman FN, Steele BF, et al. The battered child syndrome. *JAMA.* 1962;181:17–24.
 17. Sadock BJ, Sadock VA. *Kaplan and Sadock’s synopsis of psychiatry, behavioral sciences/clinical psychiatry*. ed 9. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2003.
 18. AMA with the cooperation of the American Academy of Pediatrics Committee on Child Abuse and Neglect. AMA diagnostic and treatment guidelines on child physical abuse and neglect, March 1992.
 19. Ventrell M, Duquette DN. *Child welfare law and practice*. Denver, CO: Bradford Publishing; 2005.
 20. Tenney-Soeiro R, Wilson C. An update on child abuse and neglect. *Curr Opin Pediatr.* 2004;16(2):233–237.
 21. Kairys SW, Johnson CF. the Committee on Child Abuse and Neglect The psychological maltreatment of children—technical report. *Pediatrics.* 2002;109(4):e68.
 22. Garbarino J, Guttman E, Seeley J. *The psychologically battered child*. San Francisco: Jossey-Bass; 1986.
 23. Lewis M. *Child and adolescent psychiatry, a comprehensive textbook*. ed 3. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2002: pp 1210-1211.
 24. American Professional Society on the Abuse of Children. Guidelines for psychosocial evaluation of suspected psychological maltreatment in children and adolescents, Chicago, 1995, American Professional Society on the Abuse and Neglect of Children.
 25. Vissing YM, Straus MA, Gelles RJ, et al. Verbal aggression by parents and psychosocial problems of children. *Child Abuse Negl.* 1991;5:223–238.
 26. Shipman K, Rossman B, West J. Co-occurrence of spousal violence and child abuse: conceptual implications. *Child Maltreat.* 1999;4:93–102.
 27. American Psychiatric Association *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. ed 5. Arlington VA: American Psychiatric Association; 2013.
 28. Glaser D. Emotional abuse and neglect (psychological maltreatment): a conceptual framework. *Child Abuse Negl.* 2002;26:697–714.
 29. Brown J, Cohen P, Johnson JG. A longitudinal analysis of the risk factors for child maltreatment: findings of a seventeen-year prospective study of officially recorded and self-reported child abuse and neglect. *Child Abuse Negl.* 1998;22:1065–1078.
 30. Feiring C. Emotional development, shame, and adaptation to child maltreatment. *Child Maltreat.* 2005;10(4):307–310.
 31. Rees CA. Thinking about children’s attachments. *Arch Dis Child.* 2005;90(10):1058–1065.
 32. Parham v. J.R., 442 U.S. 584.(1979).
 33. Block RW, Krebs NF. Committee on Child Abuse and Neglect, and the Committee on Nutrition. Clinical report: failure to thrive as a manifestation of child neglect. *Pediatrics.* 2005;116(5):1234–1237.
 34. M.G.L. c.119 § 21.
 35. Crume TL, DiGiuseppi C, Byers T, et al. Underascertainment of child maltreatment fatalities by death certificates. *Pediatrics.* 2002;110(2):e18.
 36. Herman-Giddens ME, Brown G, Verbiest S, et al. Underascertainment of child abuse mortality in the United States. *JAMA.* 1999;282(5):463–467.
 37. Jenny C, Isaac R. The relation between child death and child maltreatment. *Arch Dis Child.* 2006;91(3):265–269.
 38. UNICEF *A league table of child maltreatment deaths in rich nations; Innocenti report card*. Florence: Innocenti Research Centre; 2003.
 39. US Department of Health and Human Services, Administration on Children, Youth and Families *Child maltreatment 2004*. Washington, DC: US Government Printing Office; 2006.
 40. Reijneveld SA, van der Wal MF, Brugman E, et al. Infant crying and abuse. *Lancet.* 2004;364(9442):1340–1342.

41. Cash SJ, Wilke DJ. An ecological model of maternal substance abuse and child neglect: issues, analyses, and recommendations. *Am J Orthopsychiatry*. 2003;73(4):392–404.
42. Douglas-Hall A, Koball H. National Center for Children in Poverty, low income children in the United States, Available at: <www.nccp.org/media/cpf04-text.pdf>; 2004.
43. Belsky J. Child maltreatment: an ecological integration. *Am Psychol*. 1980;35:320–335.
44. Agran PF, Anderson C, Winn D, et al. Rates of pediatric injuries by 3-month intervals for children 0 to 3 years of age. *Pediatrics*. 2003;111:e683–e692.
45. National Center on Addiction and Substance Abuse *No safe haven: children of substance-abusing parents*. New York: Columbia University; 1999.
46. U.S. Census Bureau. Income, Poverty, and Health Insurance Coverage in the United States: 2011, Available at: <<http://www.census.gov/prod/2012pubs/p60-243.pdf>>.
47. U.S. Census Bureau. Poverty Thresholds for 2012 by Size of Family and Number of Related Children Under 18 Years, Available at: <<http://www.census.gov/hhes/www/poverty/data/threshld/thresh12.xls>>.
48. U.S. Department of Health and Human Services. Fourth National Incidence Study of Child Abuse and Neglect (NIS-4), Available at: <http://www.acf.hhs.gov/sites/default/files/opre/nis4_report_congress_full_pdf_jan2010.pdf>.
49. Widom C, Maxfield MG. US Department of Justice. An update on the cycle of violence. National Institute of Justice: Research in Brief, NCJ 184894, 2001.
50. Besharov D. *Recognizing child abuse: a guide for the concerned*. New York: Free Press; 1990.
51. Bifulco A, Moran PM, Baines R, et al. Exploring psychological abuse in childhood. II: Association with other abuse and adult clinical depression. *Bull Menninger Clin*. 2002;66:241–258.
52. Spertus IL, Yehuda R, Wong CM, et al. Childhood emotional abuse and neglect as predictors of psychological and physical symptoms in women presenting to a primary care practice. *Child Abuse Negl*. 2003;27:1247–1258.
53. Simeon D, Gurainik O, Schmeidler J, et al. The role of childhood interpersonal trauma in depersonalization disorder. *Am J Psychiatry*. 2001;158:1027–1033.
54. Lyons-Ruth K. Attachment relationships among children with aggressive behavior problems: the role of disorganized early attachment patterns. *J Consult Clin Psych*. 1996;64:64–73.
55. Vaillant GE. *Ego-mechanisms of defense: a guide for clinicians and researchers*. Washington, DC: American Psychiatric Press; 1992.
56. Wolfe DA. The role of intervention and treatment services in the prevention of child abuse and neglect. In: Melton G, Barry FD, eds. *Protecting children from abuse and neglect*. New York: Guilford Press; 1994.
57. Cicchetti D, Lynch M. Toward an ecological/transactional model of community violence and child maltreatment: consequences for children’s development. *Psychiatry*. 1993;56:96–118.
58. Cicchetti D, Lynch M. An ecological/transactional analysis of children and contexts: the longitudinal interplay among child maltreatment, community violence, and children’s symptomatology. *Dev Psychopathol*. 1998;10:235–257.
59. Centers for Disease Control and Prevention. CDC—Definitions—Elder Maltreatment—Violence Prevention—Injury, Available at: <www.cdc.gov>.
60. Milosavljevic N, Green A, Brendel RW. Abuse and neglect. In: Stern TA, Herman JB, Gorrindo T, eds. *Massachusetts General Hospital Psychiatry Update and Board Preparation*. ed 3 Boston: MGH Psychiatry Academy Publishing; 2012.
61. Abrams RC, Lachs M, McAvay G, et al. Predictors of self-neglect in community-dwelling elders. *Am J Psychiatry*. 2002;159(10):1724–1730.
62. Older Americans Act Amendments of 2006, Public Law 109-365.(2006).
63. NORC—National Long-Term Care Ombudsman Resource Center. About ombudsmen, Available at: <<http://www.ltombudsman.org/about-ombudsmen>>.
64. Patient Protection and Affordable Care Act, H.R. 3590.
65. Health policy and promoting awareness: The Elder Justice Act, <<http://www.iom.edu/~media/Files/Activity%20Files/Global/ViolenceForum/2013-APR-17/Presentations/02-14-Blancato.pdf>>.
66. National Center on Elder Abuse. Statistics, research, and resources, Available at: <www.elderabusecenter.org>.
67. National Center on Elder Abuse, American Public Human Services Association. National Elder Abuse Incidence Study—executive summary, 1996.
68. Acierno R, Hernandez MA, Amstadter AB, et al. Prevalence and correlates of emotional, physical, sexual, and financial abuse and potential neglect in the United States: The National Elder Mistreatment Study. *Am J Public Health*. 2010;100:292–297.

69. Lachs MS, Williams CS, O'Brien S, et al. The mortality of elder mistreatment. *JAMA*. 1998;280(5):428–432.
70. Johannsen M, LoGiudice D. Elder abuse: a systematic review of risk factors in community-dwelling elders. *Age Ageing*. 2013;42:292–298.
71. Dong X, Simon MA, Evans D. Elder self-neglect and hospitalization: findings from the Chicago Health and Aging Project. *J Am Geriatr Soc*. 2012;60:202–209.
72. Alpert EJ, Tonkin AE, Seeherman AM, et al. Family violence curricula in US medical schools. *Am J Prev Med*. 1998;14(4):273–282.
73. Melton GB. Chronic neglect of family violence: more than a decade of reports to guide US policy. *Child Abuse Negl*. 2002;26(6-7):569–586.
74. Kahan FS, Paris BE. Why elder abuse continues to elude the health care system. *Mt Sinai J Med*. 2003;70(1):62–68.
75. AMA Council on Judicial and Ethical Affairs, Physicians and Domestic Violence Ethical considerations. *JAMA*. 1992;267:113–116.
76. Ploeg J, Fear J, Hutchinson B, et al. A systematic review of interventions for elder abuse. *J Elder Abuse Negl*. 2009;21:187–210.

Páginas web

Niños y adolescentes

Child Trends Databank, US Department of Health and Human Services, Children's Bureau, NCANDS, Available at: <www.childtrendsdatabank.org>.

Child Welfare Information Gateway, Children's Bureau/ACYF (formerly, the National Clearinghouse on Child Abuse and Neglect Information and the National Adoption Information Clearinghouse). 2005 state statute series: definitions of child abuse and neglect (2005), Available at: <www.childrenwelfare.gov/systemwide/laws_policies/statutes/define.cfm>.

Ancianos

National Center on Elder Abuse. Statistics, research, and resources, Available at: <www.elderabusecenter.org>.

Lecturas recomendadas

Niños y adolescentes

American Professional Society on the Abuse of Children *Guidelines for psychosocial evaluation of suspected psychological maltreatment in children and adolescents*. Chicago: American Professional Society on the Abuse and Neglect of Children; 1995.

Schetky DH, Benedek EP. *Principles and practice of child and adolescent forensic psychiatry*. Washington, DC: American Psychiatric Publishing; 2002.

Ventrell M, Duquette DN. *Child welfare law and practice*. Denver, CO: Bradford Publishing; 2005.

Ancianos

Committee on National Statistics (CNSTAT) *Elder mistreatment: abuse, neglect, and exploitation in an aging America*. Washington, DC: National Academies Press; 2002.

National Center on Elder Abuse, American Public Human Services Association. National Elder Abuse Incidence Study—executive summary, 1996.

Wolf RS, Pillemer KA. *Helping elderly victims: the reality of elder abuse*. New York: Columbia University Press; 1989.