

La prevención del maltrato infantil requiere de la intervención de toda la sociedad. Entrevista con el doctor Arturo Loredo Abdalá¹

Malinali Scanda Ochoa Enciso*

La violencia y maltrato contra los infantes es un tema que permanece oculto y que, muchas veces, la sociedad mexicana justifica y legitima. Para el doctor Arturo Loredo Abdalá, fundador e investigador del Instituto Nacional de Pediatría (INP) y de la Clínica de Atención al Niño Maltratado, hay una diferencia crucial entre violencia y maltrato hacia los menores: “el maltrato, la violencia o la omisión hacia un niño, una niña o un adolescente, le puede suceder a cualquiera; ejemplo, niños en situación de guerra, niños migrantes, niños trabajadores, todos ellos que están en esos contextos les puede pasar. La diferencia con el maltrato infantil es que esa agresión o esa omisión es intencionalmente provocada por un adulto, una institución, o un país”, dice en entrevista.

Durante la conversación con él, se exploraron los conceptos básicos y la experiencia clínica del Dr. Loredo sobre el maltrato infantil, los retos en el diagnóstico y tratamiento en el contexto mexicano actual, además de hacer consciencia de que su prevención no sólo recae en unos pocos expertos, sino que compete a la sociedad en general.

Cabe destacar que, aunque, se tiene un gran respeto por la trayectoria académica y laboral del Dr. Loredo, las posturas vertidas en esta entrevista son responsabilidad de quien las expone y no son necesariamente compartidas por las coordinadoras de este número de la revista *Diario de Campo* ni por la realizadora de la entrevista.

En su experiencia, ¿qué tipos de maltrato son los más frecuentes?

Lo más frecuente, probablemente, es el abuso psicológico o la negligencia, pero es el más difícil de diagnosticar. En el hospital lo que vemos más frecuentemente son las consecuencias de abuso físico; menos frecuentemente de abuso sexual porque

* Escuela Nacional de Antropología e Historia (maliochoa3@gmail.com).

1. Médico cirujano, pediatra e internista. Fundador y coordinador de la Coordinación de Estudios Avanzados sobre el Maltrato Infantil y Prevención en el Instituto Nacional de Pediatría (INP).

es lo que deja en general un daño orgánico, un daño físico y por eso vienen a atención médica. Los otros tienen otras expresiones diferentes, entonces uno necesita estar muy pendiente de poder diagnosticar qué síntoma puede ser la consecuencia de una negligencia. Por ejemplo, vamos a suponer que el niño llega en un estado de nutrición inadecuado, desnutrido, entonces yo, como pediatra, tengo que ver que no tenga una enfermedad que explique la desnutrición. Si no encuentro nada que la explique, y es el único niño de la familia que está desnutrido, probablemente es víctima de negligencia por parte de la madre o por parte del padre para que esté en ese estado nutricional. Eso es lo más frecuente pero también lo más difícil de diagnosticar.

En México no hay una casuística creíble de ninguna de las modalidades de maltrato infantil: abuso físico, abuso psicológico, abuso sexual y negligencia. Sin embargo, antes tengo que decirle que el término de *maltrato infantil* es el que debe utilizarse para que esté dentro de la clasificación internacional de las enfermedades. Si usted lo clasifica o lo registra como síndrome del niño maltratado [SNM], síndrome de Kempe, etcétera, ya no queda registrado y por eso es que no tenemos una casuística creíble. Tiene que registrarse como maltrato infantil.

¿Qué causas o factores de riesgo motivan a que se maltrate severamente a los menores?

Bueno, son diversas. Para que exista maltrato infantil se tienen que reunir tres elementos: un niño “especial”, un adulto y un detonante. Por ejemplo, el niño nace con un sexo que no es el esperado; segundo, puede nacer con una malformación congénita, de grado y severidad variable; tercero, puede ser el primero de los niños de la familia, o el tercero, el primero es hombre y el tercero es mujer; cuarto, que tenga una enfermedad que requiera atención médica constante. Por ejemplo, puede tener asma y eso requiere tratamiento por mucho tiempo en un hospital o con un médico; puede tener una enfermedad crónica, por ejemplo, algún tipo de cáncer o leucemia; puede tener una enfermedad neurológica, desde un trastorno de déficit de atención e hiperactividad, hasta tener un daño que lo imposibilita para realizar las funciones de la vida diaria por sí mismo y debe tener un adulto que lo maneje. Esos niños tienen del 12% al 14% de posibilidades de ser víctimas de maltrato por ese solo hecho.

El agresor depende de la modalidad del maltrato. Si es agresor físico, la mujer, la mamá o el papá; si es abuso sexual, casi siempre es el papá, el padrastro o el abuelo o un primo; si es abuso psicológico, en general puede ser la mamá. Aquí aparece otra figura que es el padrastro y la madrastra, elementos que en algún momento pueden generar maltrato a este niño que tiene las características ya señaladas. Pero, ¿cómo se desencadena ese comportamiento en esta persona? Puede ser porque pierde el trabajo, porque tiene historia de haber sido víctima de maltrato, porque tiene alguna adicción, porque estuvo en la cárcel, porque pertenece o perteneció a alguna corporación policíaca... Todos esos elementos se juntan y entonces, si existen los tres y se concatenan, puede surgir el fenómeno del maltrato.

¿Y todos los niños responden igual a la agresión?

No, cada individuo, cada ser humano tendrá mayor o menor respuesta. Depende de varias cosas; uno, de su resiliencia; dos, del tipo de maltrato, de la edad en que ocurra la agresión o la omisión, de la cronicidad del fenómeno pues todo eso depende de que un niño tenga más o tenga menos capacidad de respuesta. Si es abuso físico y el menor tiene lesiones graves por lo que ocurre en lo que antes se llamaba “*shaking baby*” y ahora se conoce como “trauma abusivo de cráneo”, su capacidad de respuesta dependerá del daño que ocurra a nivel del sistema nervioso central, a nivel de retina o a nivel de huesos, todo depende. Si hubo fractura, si hay quemadura, si hay una perforación de una víscera abdominal o daño neurológico, queda con secuelas y eso depende.

¿Y cómo afecta el maltrato severo a la salud de los infantes?

Le voy a poner un ejemplo: lo que le acabo de señalar, trauma abusivo de cráneo, provoca que el 30% de menores afectados fallezcan por la gravedad del daño, 70% de ellos queda con secuelas neurológicas, secuela visual, secuela auditiva o secuela motora. Entonces, depende... todo depende, cada caso debe ser analizado de manera individual, no podemos generalizar. La consecuencia neurológica o psicoemocional o física, dependerá del tipo de agresión que haya sufrido y de la cronicidad.

¿Cómo se identifica a un infante que ha sido maltratado?

Depende. Vamos a suponer que es abuso físico: el infante presenta una lesión que no se explica por el mecanismo que la mamá o el papá o el adulto está señalando; una fractura de un huesito del antebrazo. Le tomo la radiografía y veo que es helicoidal, la cual está dada por una rotación. Entonces la mamá me va a decir que se cayó –porque es lo que nos van a decir– y ese mecanismo de la caída no explica la lesión, hay una incongruencia entre la clínica y lo que nos están diciendo. Ahí uno debe sospechar que no tenga otra cosa, entonces tiene uno que buscar otros datos de maltrato, otras secuelas en el organismo. Todo eso tiene que ver, por eso es que la atención de un problema de un paciente así no debe ser hecho por un médico, debe ser hecho por un equipo interdisciplinario: un médico, una trabajadora social, un profesional de la salud mental y un abogado. Todo esto tiene un componente legal y nosotros tenemos una obligación de notificar.

El problema que tenemos en México es que se lo tenemos que notificar a la autoridad, pero la autoridad no está preparada para entender la complejidad de esto y pueden equivocarse, señalar que es maltrato sin haber descartado siete cosas: accidentes, estrategia educativa, estrategia disciplinaria, pobreza, ignorancia, usos y costumbres o una enfermedad pediátrica que se exprese igual que el maltrato. El médico es el que tiene que hacer eso junto con la trabajadora social.

Es muy difícil hacer el diagnóstico. Se requiere un conocimiento del problema y la interacción con otros profesionales para poder establecerlo. Yo fundé la Clínica de Atención Integral al Niño Maltratado del Instituto Nacional de Pediatría. La experiencia de nosotros ahí fue positiva porque pudimos lograr un grupo similar en el Hospital del Niño de Morelos, en el Hospital del Niño de Toluca, en el Hospital del Niño de Puebla, en Veracruz, en Chihuahua, en Mexicali.

¿Considera usted que dentro de la Academia se pueden llevar a cabo acciones para prevenir o disminuir el maltrato infantil?

La prevención del maltrato infantil no solamente requiere de la intervención de la Academia. Requiere de la intervención de *toda* la sociedad. No es un problema de [l] gobierno, es un problema de la sociedad.

La prevención puede ser primaria, secundaria o terciaria. En la primaria se considera que ninguna niña, ningún niño, ningún adolescente debe ser víctima de maltrato infantil. Por eso tenemos que quitar o modificar ciertas situaciones llamadas “determinantes sociales para la salud” que son pobreza, ignorancia, falta de educación, etcétera, todo eso que genera estrés. También tenemos que estar atentos a una cosa que se llama “eventos adversos en la infancia”, por ejemplo, que los niños sean víctimas de alguna de las cuatro modalidades del maltrato, que exista violencia en el hogar o que haya en el hogar un familiar con una enfermedad mental; que exista en el hogar un familiar con adicciones o que esté en la cárcel. Si todo eso existe, genera lo que se llama “estrés tóxico” y si persiste, va a generar una cosa que se llama “estrés oxidante”. Esto quiere decir que intervienen una serie de mecanismos neurológicos, inmunológicos, endocrinológicos y psiquiátricos para el desarrollo del problema. Entonces, eso tenemos que evitarlo para que podamos hacer prevención primaria.

En la prevención secundaria trabajamos a partir de aquel niño que ya diagnosticamos como víctima de alguna modalidad de maltrato y que ha logrado sobrevivir pero requiere una vigilancia médica, de trabajo social y vigilancia de su salud mental. Con ello podremos detectar que ha sido nuevamente víctima de maltrato o no, y si se está recuperando o no.

Finalmente, en la prevención terciaria se considera que aquel niño que ha sido maltratado, que logra sobrevivir y se convierte en padre de familia y su hijo no llena sus expectativas, genera el maltrato nuevamente, lo que ocurre en el 55% a 85% de los casos. Para evitar la replicación transgeneracional, vamos a estudiar quién le transmitió ese problema: ¿la mamá o el papá? Eso lo estamos estudiando ahora en modelos animales, ¿quién transmite eso? Hay que saberlo para ver cómo se tiene que tratar. Luego hay que ver cómo se comportan los tres genes que intervienen en el mecanismo de estrés oxidante, si funcionan o no funcionan, si se activan o no se activan. Yo tengo que encontrar una sustancia que puede ser un alimento, una sustancia biológica,

una sustancia química o un medicamento, para “prender” o “apagar” ese gen. Entonces tengo que utilizar un antioxidante y el más común es el cacao. Si encontramos todo lo que le estoy diciendo y le damos cacao, a lo mejor podemos modificar el comportamiento de ese gen que hace que la persona sea violenta y por lo tanto no maltrate.² Estamos intentando erradicar la replicación transgeneracional.

¿Qué recomienda si se llega a ser testigo de maltrato hacia un menor?

Denunciar. Debemos de tener una ampliación de la cultura de la denuncia. Se denuncia en la Agencia del Ministerio Público, en el DIF o en alguna organización no gubernamental. Si el chico llega al hospital por la lesión y se establece que es maltrato infantil, tenemos por obligación que hacer la denuncia a la Agencia del Ministerio Público. Puede ser directa o anónima, pero todo depende de dónde esté ocurriendo el suceso.

Una vez que se tiene el diagnóstico, el niño no puede volver a su casa, pero si se le saca de su hogar, se le está violentando uno de sus derechos: que debe tener una familia y un hogar. Vamos a suponer que el agente del Ministerio Público nos dice que se vaya a un hogar sustituto, a la Casa el Cielo Azul. En el Cielo Azul no le dan toda la atención emocional, física, médica, etcétera, y sale peor el remedio que la enfermedad. Ahí puede ser nuevamente víctima de maltrato. Se tiene que ver cuál es la red de apoyo más favorable para el niño: la red de apoyo familiar, los abuelos, un padrino, una madrina, el hermano mayor, pero todo bajo vigilancia, con un seguimiento.

Finalmente, ¿qué recomendaría a las familias para educar a los niños sin violencia?

La educación de los niños debe estar basada en una crianza humanizada, con base en una puericultura eficaz. Es decir, la prioridad es el interés superior por el niño, saber cómo criar a un niño, en donde lo ideal es que el bebido haya sido deseado, planeado o aceptado. Si el niño no fue deseado,

2. Al respecto de la idea de “replicación transgeneracional” mencionada por el entrevistado, es necesario señalar que en la disciplina antropológica (y otras ciencias sociales) se tiene consenso en que la violencia no está determinada biológicamente, es decir, que no es una parte innata del comportamiento humano y no se hereda genéticamente. Muchas veces lo que se define como “violencia” por otras disciplinas o ciencias naturales, se confunde o se usa como sinónimo de “agresividad”. Para comprender la complejidad y el posicionamiento de las ciencias sociales sobre el fenómeno de la violencia y en específico de la violencia parental y maltrato infantil, se recomienda al lector los siguientes artículos y libros: Lizárraga Cruchaga, Xabier (2011). “La agresividad: imperativo comportamental”. En Barragán Solís, Anabella y González Quintero, Lauro (coord.). *La complejidad de la antropología física*. Tomo II (pp. 315-331). México: ENAH / INAH; Sanmartín, José (2006). “¿Qué es esa cosa llamada violencia?” En Vera Cortés, José Luis y Sanmartín, José (coord.). *¿Qué es esa cosa llamada violencia?* Suplemento del Boletín *Diario de Campo*, 40, pp. 11-30; Agustina, José Ramón (2010). “Conceptos clave, fenomenología, factores y estrategias en el marco de la violencia intrafamiliar”. En Agustina, José Ramón (coord.). *Violencia intrafamiliar. Raíces, factores y formas de violencia en el hogar* (pp. 61-132). Madrid: EDI-SOFER; Herrera Bautista, Martha Rebeca y Molinar Palma, Patricia (2014). “Introducción. ¿Maltrato infantil o infancia maltratada?”. En Torres Sanders, Liliana (coord.). *Educación, violencia y muerte en menores mexicanos. Temas útiles al peritaje para infantes* (pp. 17-41). México: INAH.

ni planeado, pero es aceptado, ya nace con un hándicap que se incrementa si sólo lo acepta la mamá, por ejemplo, porque no aparece la figura masculina.³ Ése es un problema.

Segundo: la familia ya no está conformada como hace tres o cuatro décadas. Ahora la familia está muy modificada en función de que hay más madres solteras, padres divorciados, mamás que trabajan y padres que hacen el “rol de la mamá en la casa”. Todo tiene que irse modificando en función a la realidad de la familia para poder entender quién va a dar la crianza. Cuando el niño nace tiene que ser llevado al médico por ambos padres porque tiene que tener la posibilidad de que este niño tenga el vínculo, el apego con la figura femenina y la figura masculina. Ése es *grosso modo* el interés superior por el niño.

A manera de conclusión

La interlocución entre diversas disciplinas para prevenir y atender el maltrato infantil y la violencia contra este sector de la población, en este caso entre la antropología y la medicina, es sumamente valiosa. Por un lado, la medicina se encarga de brindarnos datos e información de primera mano sobre este fenómeno, ya que las y los médicos están en la primera línea de atención de los infantes, específicamente los pediatras. Y, por otro lado, la antropología se encarga de analizar esta información y darle el contexto necesario con la finalidad de visibilizar a los diferentes actores, dinámicas, condicionantes, creencias y consecuencias que conllevan estas violencias contra las infancias y el maltrato infantil, no sólo como consecuencia de las condiciones adversas y de marginación, sino como un mecanismo que permea en nuestra estructura como sociedad y al cuerpo mismo, como agente de reproducción de la ideología.

Como antropólogas y antropólogos, podemos rescatar de lo expuesto por el Dr. Abdalá, que somos los adultos, como miembros de la sociedad, los que debemos asumir nuestra responsabilidad con las infancias a fin de erradicar el maltrato infantil y las violencias en su contra: deshacernos de creencias y prácticas añejas como el utilizar golpes o humillaciones a manera de “estrategia educativa”, o dejar de idealizar o romantizar el trabajo infantil que trae consigo la perpetuación de su precarización y la violación sistemática de sus derechos humanos, por ejemplo. Alzar la voz en contra de las numerosas injusticias cometidas hacia las infancias de nuestro país convendría ser visto como un deber y una deuda que debe ser saldada lo antes posible.

3. Hay diversos mitos alrededor de la familia nuclear tradicional, la ausencia de la figura masculina como un hándicap al desarrollo del niño o niña es uno de ellos. Este mito parte de la premisa de que la familia nuclear heterosexual es, y siempre ha sido, el modelo familiar dominante y natural, cuando realmente este modelo es un fenómeno relativamente reciente y que se hizo común en el último siglo. Más que tener una figura masculina por el sólo hecho de tenerla, es necesario para el desarrollo no violento de las infancias que esa figura masculina sea afectuosa, estable y respetuosa hacia la mujer o mujeres en la vida del niño o niña, entre otros factores importantes, como un ambiente de rechazo o tolerancia cero hacia cualquier forma de violencia, familia pacífica, sentido de autocrítica, etcétera. Para ahondar más en este tema, véanse los siguientes textos: American Academy of Pediatrics (1995). *Caring For Your School-Age Child Ages 5 to 12*. Nueva York: Bantam Books; Agustina, José Ramón (2010). *Conceptos clave, fenomenología, factores y estrategias en el marco de la violencia intrafamiliar*. En Agustina, José Ramón (coord.). *Violencia intrafamiliar. Raíces, factores y formas de violencia en el hogar* (pp. 98-99). Madrid: EDISOFER; Rosemberg Seifer, Florence (2013). *Antropología de la violencia en la Ciudad de México. Familia, poder, género y emociones*. México: INAH.