

MALTRATO INFANTIL A NIÑOS CON NECESIDADES ESPECIALES EN UN HOSPITAL-ESCUELA

AÍDA TREVIÑO MOORE, ESTHELA TREVIÑO MOORE

Introducción

Los recintos donde la medicina constituye su aparato de control, de medicalización colectiva, no son otros que los hospitales, ahí se ha consolidado una figura, la de la autoridad médica, que no es sólo la del saber erudito, sino también, la de autoridad social que legitima, segrega, excluye y discrimina con sus decisiones, con sus diagnósticos, eminentemente biológicos, a otros seres humanos iguales a él.¹⁻² Así funciona, sin lugar a dudas, para los niños con necesidades especiales por ser portadores de algún padecimiento crónico. De ahí que, el énfasis en las investigaciones se haga a través del reconocimiento de los problemas psicosociales y las limitaciones que estos como consecuencias tienen sobre aquellos niños con necesidades especiales. Los trastornos que sufren estos niños, configuran un terreno fértil, en contextos privilegiados, para que las manifestaciones de violencia entre ellos y quienes los rodean, sean una forma “natural” de interacción.³

Por ello, entender el maltrato, la violencia desde la perspectiva de las necesidades especiales, obliga a considerar que todo aquello que atenta contra la individualidad, la singularidad humana, a la comprensión de la existencia de la diversidad, bien puede considerarse como algo no “natural”, no “habitual”. Por lo tanto, descubrir sus facetas, los rostros ocultos del maltrato en ámbitos insospechados como los hospitales, no pueden escapar al supuesto de la existencia del fenómeno. La medicina en su educación y práctica, matiza los hechos sociales de

una manera muy singular, dando cabida a la posibilidad, siempre existente en ella, de lo que se ha dado en denominar, “*la violencia por tu propio bien*”.⁴

Por lo mismo, no es de llamar la atención, que cuando se habla de maltrato infantil, las aproximaciones realizadas en nuestro país, desde la perspectiva de la medicina, coloquen al médico y el equipo de salud, como los educadores, siempre excluyéndose de la posibilidad de concebirse como agresores, cuando a lo largo de la educación médica en sus aspectos curriculares, no hay espacio para el reconocimiento de las necesidades especiales que presentan los niños con padecimientos crónicos, dando como resultado una educación pobre relacionada con estos aspectos.⁵

Esto nos lleva a considerar el momento histórico en que vivimos, la de embriones congelados, la inseminación artificial, la fecundación in vitro, la exaltación de la manipulación genética, la normatividad a ultranza, los condicionamientos múltiples, es decir, la de los dilemas éticos que requieren de altos y refinados niveles de competencias profesionales para afrontarlos con atinencia. Situados en este ambiente, la problemática denominada maltrato infantil al interior de las unidades médicas, conlleva un análisis de la interrelación que esto tiene con la educación médica, matizado de una inextricable red de circunstancias, sucesos, condiciones, representaciones y sentidos que dando significancia al problema, no permiten abordajes reduccionistas, sino de miradas incluyentes, transdisciplinarias, capaces de desentrañar las interrelaciones de la educación en ámbitos poco explorados.

De ahí que, el propósito de esta indagación se orienta en el sentido de aproximarnos a la caracterización del maltrato (violencia) que sufren los niños con necesidades especiales, en un hospital-escuela perteneciente al sistema de seguridad social en México, analizado como efecto de la educación médica en la que participaron los profesionales de la salud que atiende a estos niños.

Material y métodos

Se realizó bajo un diseño factorial, un tipo de investigación ex post facto, bajo un estudio observacional, prospectivo, transversal, comparativo y analítico, en un grupo de niños con necesidades especiales con y sin discapacidad por ser portadores de un padecimiento crónico (cáncer, diabetes, insuficiencia renal u otros), que reciben atención en una unidad de alta especialidad localizada en la región sur del estado de Sonora, perteneciente al sistema de seguridad social en México.

Construimos y validamos en concepto, criterio y contenido, a través de rondas de expertos, un instrumento conocido como “Maltrato Infantil Hospitalario” (MIH-06). El instrumento consta en su versión final de 68 enunciados con opciones de respuesta bajo una escala de Likert. Los enunciados exploraron 7 fuentes probables de maltrato, recreando 7 situaciones, circunstancias o situaciones del proceso de atención médica, 6 para autoridades administrativas, 5 para trabajo social y asistentes médicas, y 3 para camilleros y otro tipo de personal. La tipología del maltrato incluyó 4 rubros: física, psicológica o emocional, verbal y sexual. Además, se contó con 4 aspectos explorados relacionados con la apariencia física, el género, la religión y la posición económica de los niños. Establecimos de acuerdo a la posible puntuación obtenida, cinco niveles de violencia (nulo a extremo) y su correlato, ejercicio del poder (prudencial a doloso), lo que nos permitió diferenciar las víctimas de maltrato y el tipo de poder ejercido por el agresor. También, se llevó a cabo una prueba piloto, con una población de 25 niños con necesidades especiales que acudieron al servicio de consulta externa de otra institución de salud localizada en la misma región geográfica del hospital participante, con lo que se obtuvo a través de la prueba alfa de Cronbach un coeficiente de 0.94, con lo que consideró que se tenía un instrumento válido y confiable para aplicar a la población blanco.

La aplicación se realizó en el área de hospitalización de los niños con necesidades especiales, solicitando a los padres o tutores, la firma de un consentimiento informado para participar. Durante la aplicación, los investigadores permanecieron en el área, para realizar aclaraciones y dilucidar dudas acerca de la forma de contestar el instrumento. Al estar contestados, estos fueron empaquetados y sellados, para ser entregados a una persona ajena al estudio, para que de manera ciega llevará a cabo las puntuaciones y la base de datos en un programa computarizado SPSS 12.0 para el análisis estadístico posterior.

Además, 24 horas después de la aplicación del MIH-06, los niños respondieron un instrumento de calidad de vida, confiable y válido, denominado “COOP-DARMOOUTH”,⁶ con el propósito de evaluar la correlación entre el estado biopsicosocial del niño y el nivel de violencia manifestado.

Resultados

Participaron 53 niños, 30 (57%) escolares y 23 (43%) adolescentes, predominando el grupo de niños con necesidades especiales y cáncer (72%), así como las mujeres (29) sobre los varones (24).

A través de la prueba de X^2 no se encontró diferencia estadísticamente significativa en los niveles de violencia sufridos ($p=0.68$) entre escolares y adolescentes, o en el nivel de calidad de vida ($p=0.64$) entre ellos.

En el cuadro 1, se muestra el nivel de maltrato y calidad de vida referido por los participantes en el estudio, destacando que se presentan como condiciones independientes una de la otra.

Se obtuvo un total de 1038 episodios de maltrato, de los cuales 381 (37%) fueron de tipo psicológico, 342 (33%) verbal, 255 (24%) físico y 60 (56%) sexual. Presentándose 63 (6%) episodios del total, relacionados con las formas de ver o ser de los niños. El 67% (42) determinado por la apariencia física, 24% (15) por el género y 9% (6) por su posición económica, sin encontrar episodios relacionados con la religión de los participantes.

En el cuadro 2 se observa el número de episodios de violencia por tipología y fuente agresora, excluyendo los 63 episodios por formas de ver o ser de los niños, destacando que los médicos en sus dos figuras: operativo y autoridad administrativa, fueron la fuente agresora en 312 (32%) de las ocasiones.

Discusión

Abordar el maltrato infantil no es un problema nuevo ni reciente, sin embargo, tratarlo a través de la mirada de las necesidades especiales, permite reconocer que se trata de un problema capaz de predecirse, y por tanto, de prevenirse. En lo que se refiere al maltrato infantil en el hospital, su contexto, situaciones y circunstancias tan peculiares, obligan a una observación exhaustiva y pormenorizada del marco institucional bajo el que se fundamentan las políticas de salud.

Es posible que en el hospital exista, al igual que en otros espacios como la escuela⁷ mediante la rigidez de sus normas y la exaltación de su control disciplinario, un modo secundario de represión suave, disimulada y extraordinariamente simbólica en sus manifestaciones. Esto se ratifica, llamando nuestra atención a través del trato preferencial ofrecido a los niños según su apariencia física, género o su posición social el número de episodios de violencia. Las instituciones públicas son el terreno perfecto para legitimar la discriminación. El reconocimiento de los derechos de los niños, contrasta con el incremento en las medidas reglamentarias, la

normatividad y la organización altamente jerarquizada, legitimando el poder y envolviéndolo en una atmósfera de inmunidad permanente.

Ello es un foco de alarma ya que los resultados aquí mostrados permiten suponer una prevalencia de maltrato infantil mayor a la reportada mundialmente.⁸ En el hospital, los niños sufren y son maltratados porque no se toman en cuenta sus intereses, sus deseos, no se les deja tomar decisiones, se les impone una autoridad que desconocen. Tienen que aceptar imposiciones de sus padres, de las autoridades administrativas, de los médicos, de manera que ven condiciones sus derechos al cumplimiento de las exigencias de los demás, *todo por su bien*.

Por otro lado, cabría suponerse que las experiencias referidas aquí, podrían estar relacionadas con la calidad de vida de los pacientes en el momento de realizar el estudio. Sin embargo, la falta de asociación entre esta y los niveles de violencia, las prefiguran como dos condiciones independientes entre ellas. Los rituales a que son sometidos a lo largo de su estancia hospitalaria los niños con necesidades especiales, los colocan en situaciones precarias, donde al sufrimiento se suma el tener que aceptar, sin denunciar, los malos tratos de que son víctimas. Así que, los casos aquí presentados son la expresión de la impunidad con diferentes formas de presentación. Es difícil aceptar y fácil de desacreditar, ya que parece poco creíble que en el hospital ocurra este tipo de fenómenos.

Ello debe encauzar la educación médica por otros derroteros, todavía en estos tiempos, se forman especialistas pobremente preparados para abordar los problemas psicosociales que representan las necesidades especiales de los niños con padecimientos crónicos. La educación prevaleciente enfatiza un entrenamiento orientado a la restitución de la salud y escasamente a la prevención, pero extremadamente pobre en reconocer otro tipo de problemas como las necesidades especiales. Los menores con padecimientos crónicos experimentan necesidades especiales no sólo de educación, sino también de cariño, comprensión, cooperación y tolerancia

por satisfacer. Sólo así se crearan, con su reconocimiento, ambientes de justicia y equidad para solucionar el olvido que de ellos se ha hecho al interior de la educación médica hasta la fecha. Simplemente no es posible continuar por el camino aquí presentado. Evitar el maltrato infantil al interior de los hospitales, debe ser una prioridad para las políticas de salud y de educación, pero ello no podrá ser posible si se ignora su existencia.

Cuadro 1
Nivel de maltrato y calidad de vida referido por los participantes

n = 53

Nivel de maltrato*

Nivel de calidad de vida**	Nulo 0 pts	Mínimo 1 – 20 pts	Intermedio 21-40 pts	Máximo 41-60 pts	Extremo + 60 pts	Total Núm. (%)
Malo 21-40 pts	1	1	----	----	----	2 (4)
Regular 41-60 pts	7	11	5	----	----	23 (43)
Bueno 61-80 pts	18	1	----	2	----	21 (40)
Muy Bueno 81-100 pts	----	----	5	1	1	7 (13)
Total Núm. (%)	26 (49)	13 (24)	10 (19)	3 (6)	1(2)	53 (100)

* MIH-06; ** COOP-DARMOUHTH

Cuadro 2

Tipo de maltrato y fuente de agresión

n (%)

Tipo de maltrato	Médicos	Autoridades administrativas	Enfermeras	Trabajadoras sociales	Asistentes médicas	Camilleros	Otros	Total
Física	48 (19%)	42 (16%)	66 (26%)	21 (8%)	48 (19%)	—	30 (12%)	255
Verbal	18 (5%)	45 (13%)	42 (12%)	57 (17%)	120 (35%)	6 (2%)	36 (11%)	324
Psicológica	21 (6%)	120 (32%)	48 (13%)	63 (17%)	39 (10%)	12 (3%)	33 (9%)	336
Sexual	12 (20%)	6 (10%)	—	6 (10%)	18 (30%)	12 (20%)	6 (10%)	60
Total	99 (10%)	213 (22%)	156 (16%)	147 (15%)	225 (23%)	30 (3%)	105 (11%)	975 (100%)

Bibliografía

1 Foucault M. ¿Crisis de la medicina o crisis de la antimedicina? En: Estrategias de Poder. Páidos. México.1999:343-61.

2 Foucault M.. El panoptismo. En: Vigilar y Castigar, Nacimiento de la Prisión. Siglo XXI. México.2001:199-230.

3 Gómez TLE. Derechos y calidad de vida de las personas con discapacidad. En: Derechos humanos de las personas con discapacidad. Comisión Nacional de Derechos Humanos. México.2002:11-54.

4 Miller A. Por tu propio bien. Tusquets. España.1998:280.

5 Loredó-Abdalá A, Bustos-Valenzuela J, Trejo-Hernández J, Sánchez-Velázquez A. Maltrato al menor: una urgencia médica y social que requiere atención multidisciplinaria. Bol Med Hosp Infant Mex 1999;56:129-35.

6 López GCA, et al. Validación del cuestionario COOP-DARMOOUTH para evaluar la calidad el estado psicosocial en escolares y adolescentes con enfermedad crónica. Bol Med Hosp Infant Mex 1996;53:606-15.

7 Bourdieu P. La miseria del mundo. Fondo de Cultura Económica. México.2000:564.

8 Loredó-Abdalá A. Maltrato en el niño. McGraw-Hill. México.2001:241.