

LA INFANCIA MALTRATADA

C. BASELGA, J. FLETA, M. MAGAÑA, J. ANDRES, R. NUEL, G. OLIVAN

Colegio de Médicos. Zaragoza

RESUMEN

Los autores, como Grupo de Trabajo, exponen la importancia que tiene el denominado «maltrato de la infancia». Analizan las posibles causas del hecho, así como los aspectos clínicos y sociales, sin olvidar el maltrato emocional, tanto por acción u omisión, o el sexual. Finalmente, inciden en la importancia que tiene, en estas situaciones, la prevención e identificación de cualquier caso de niño maltratado.

PALABRAS CLAVE

Infancia maltratada. Abuso sexual. Lesiones en la Infancia.

CHILD ABUSE

SUMMARY

The authors, as a Work Group, submit the importance of what we call «child abuse». They analyze the possible causes and also the clinical and social aspects, without forgetting the emotional abuse, not only by act or by omission but also sexual abuse. Finally, they emphasize the importance of the prevention and identification of any case of child abuse.

KEY WORDS

Child abuse. Sexual abuse. Child injury. Prevention.

Introducción

Recientemente nos hemos constituido como grupo de trabajo, perteneciente a la Sociedad de Pediatría de Aragón, La Rioja y Soria, con la intención de luchar, dentro de nuestras posibilidades, contra el problema de la infancia maltratada.

Deseamos estudiarlo en todas sus vertientes, darlo a conocer a la población en general y adoptar las medidas preventivas adecuadas. No solamente se maltrata al menor que sufre de lesiones físicas sino que también se le maltrata sexualmente, con abusos emocionales, farmacológicos y con despreocupación en su alimentación. Es frecuente considerar el maltrato físico sin tener en cuenta el resto de las causas; en 1989 (1), en una población que comprendía 48 estados de USA, se demostraron más de 2,4 millones de casos de malos tratos infantiles, de los cuales un 55% fueron catalogados como abandono o negligencia; un 30% como malos tratos físicos; un 16% como abusos sexuales y un 8% en forma de maltrato emocio-

nal. Es inherente a todos los países, razas y culturas, con independencia del grado de desarrollo.

Se considera que un niño es maltratado «cuando es objeto de violencia física y/o psíquica, por acción y/u omisión, por parte de las personas o instituciones de las que depende para su óptimo desarrollo», incluyendo el maltrato sexual (2).

Causas

A la hora de juzgar las causas determinantes de lo malos tratos hay que valorar tres componentes etiológicos:

- 1.— *El potencial para el abuso.* Probablemente los padres sufrieron castigos corporales durante su infancia que han motivado el que así actúen con sus hijos, considerándolo como un hecho natural. Tienen mal control de sus impulsos, pueden ser rígidos, autoritarios, o sufren de alcoholismo, de drogadicción y, entre ellos, hay un 50% de psicópatas agresivos.
- 2.— *Características del niño maltratado.* Con frecuencia son poco agradables a sus progenitores y, cuando el niño tiene hermanos, hay una diferencia importante de trato con ellos. Puede ser llorón, agresivo y, en general, para los padres, distinto al resto de la familia. Ha sido un hijo no deseado que ha provocado desilusión en sus progenitores.
- 3.— *Crisis precipitante.* O causa que desencadena la reacción agresiva. Son múltiples situaciones críticas, como un estado de alcoholemia en los padres, altercado entre ellos, situaciones de penuria económica, llanto frecuente del pequeño y todo aquello que pueda romper la inestable tranquilidad de ese ambiente inadecuado.

Entre las diferentes causas de maltrato, nos referiremos en primer lugar al *maltrato físico* que comprende, aproximadamente, el 10% de los traumatismos vistos en las Salas de Urgencias en niños por debajo de los 5 años de edad, de los que un 3% evolucionan letalmente y un porcentaje importante sufre de secuelas permanentes. En Gran Bretaña hay cada año, aproximadamente, 400 nuevos casos de niños con incapacidad permanente por maltrato físico (1). Constantemente tenemos que acudir a cifras de otros países puesto que en nuestro medio no disponemos de datos precisos y es tanto el ocultismo en el que se desarrolla este drama que se considera que los casos denunciados corresponden sólo al 10% de los existentes.

Aspectos clínicos y sociales

El aspecto del menor, en la mayoría de los casos, es descuidado, sucio, harapiento; otras veces, curiosamente, están limpios y aseados. Tienen una mirada triste y temerosa y, a veces, cuando se trata de mayores, llena de odio. Esta amenaza constante se refleja en gestos de defensa en cuanto una persona se acerca a ellos. A la larga, es frecuente el retraso mental.

Aparte de estos signos generales, presenta múltiples lesiones en diferentes momentos evolutivos extendidas por todo el cuerpo. Según su localización, pueden diferenciarse en (1, 3, 4):

- *Cutáneas*: con características variadas: Alopecias por arrancamiento brutal y repetido de los cabellos; quemaduras, en tronco y miembros; hematomas y equimosis, pudiendo dibujar el trayecto lineal de un cinturón o de un látigo; heridas y contusiones, ulceraciones bucales. Y es que la imaginación humana no tiene límite en el campo de la barbarie.
- *Ortopédicas*: son más frecuentes y evocadoras. La imagen radiológica permite, con frecuencia, confirmar el diagnóstico. Se encuentran diseminadas en el conjunto del esqueleto: cráneo, raquis, costillas, huesos largos de los miembros y, a veces, en diferentes estadios de evolución.
- *Extraesqueléticas*: son múltiples, con un polimorfismo evocador:
 - *Viscerales*: perforación de una víscera hueca, contusión o ruptura de un órgano macizo (hígado, bazo, riñón), hemo o neumotórax por fractura de costilla o de raquis.
 - *Neuroquirúrgicas*: hay que valorar la posibilidad de un hematoma extradural, ante una pérdida de conciencia tras un intervalo libre, o, con mayor frecuencia, el hematoma subdural. Si existe la sospecha, es importante la práctica sistemática de EEG, fondo de ojo, TAC, etc. y un tratamiento quirúrgico en medio especializado en caso de confirmación.
 - *Oculares*: erosiones corneales, lesiones del fondo de ojo, etc.

Este conjunto de trastornos puede dar secuelas de gravedad variable, siendo las lesiones neuroquirúrgicas las de peor pronóstico y, en ocasiones, irreversibles: atrofia cortical, epilepsia, retraso psicomotor, alteraciones psicológicas, etc.

Los padres, tienen unas características peculiares en su conducta:

- Suele haber un intervalo prolongado entre el momento de la lesión y la búsqueda de ayuda.
- Habitualmente las explicaciones que dan a las personas que interrogan sobre las circunstancias que provocan las lesiones son contradictorias y evasivas.
- En nuestro interrogatorio demuestran desagrado y cólera hacia el hijo, que es objeto de crítica por su mal comportamiento.
- El motivo de la consulta suele ser diferente al de las lesiones. Estas no les preocupan en ningún momento.

Cuando un maltrato físico es sospechoso en un niño de menos de 5 años, se realizará un estudio radiológico completo como dato de gran valor diagnóstico, ya que los hallazgos clínicos de fracturas desaparecen frecuentemente en 6-7 días sin cuidados ortopédicos en muchas de las ocasiones. En niños mayores de 5 años, las radiografías se realizarán solamente si hay dolor óseo o dificultad en la movilidad durante el examen físico. Los traumatismos óseos son encontrados en el 10-20% de los niños maltratados.

Este cortejo de lesiones presenta una favorable y pronta evolución ingresando al menor en un medio hospitalario, lejos del ambiente doméstico, en donde los problemas médicos y quirúrgicos recibirán el tratamiento adecuado.

La situación, a corto plazo, suele ser satisfactoria, pero a la larga el pronóstico es sombrío, puesto que en un tiempo más o menos próximo este niño va a regresar con su familia, con reiteración del maltrato en muchos de los casos y, en ocasiones, llegar a su propia muerte.

Otra forma de maltrato es el *abuso farmacológico*, que se debe a la administración inadecuada de fármacos, sobre todo sedantes y tranquilizantes. El personal de la Guardería puede apreciar en el niño torpeza o incoordinación excesiva matutina mejora posteriormente a lo largo del día. El diagnóstico es difícil y puede servir para conseguirlo la obtención de una muestra de sangre y orina en los momentos apropiados, comprobando el producto.

El maltrato emocional, puede darse en el seno de la propia familia, en los colegios, así como a nivel hospitalario cuando los niños son separados de sus padres y sometidos a múltiples exploraciones e intervenciones. Pueden sufrir de continuos asaltos físicos o psicológicos, ser amenazados o asustados repetidamente, aislados de su familia, tratados peor que sus hermanos. En la escuela, el maltrato puede ser físico, psicológico o por abuso de trabajo, pero, sobre todo, es el maltrato entre los propios compañeros, de los que el niño sufre una serie de vejaciones, burlas y, con frecuencia, golpes.

El abuso sexual, es una forma frecuente de maltrato (5). Incesto, es la relación carnal entre parientes muy próximos, cuyo matrimonio está prohibido.

Según NELSON (6), 0,2-0,3% de los niños, han sido víctimas en alguna ocasión de relaciones de incesto. En el 90% de los casos, son hembras comprendidas en todos los grupos de edades: un tercio, tienen menos de 6 años; un tercio, están entre los 6 y los 12 años y el tercio restante, están entre los 12 y los 18 años. El hecho suele ser repetitivo con la víctima y con frecuencia afecta también a otras hermanas.

Los agresores son, en el 99%, varones con unas características peculiares en su carácter: emocionalmente inmaduros, rígidos, patriarcales, con esposas depresivas, poco activas sexualmente, bien por su trabajo o por alguna enfermedad. La víctima, es pseudomadura, encargándose de muchas labores de la casa.

En este ambiente familiar y, habitualmente, sin ningún tipo de violencia, se desarrolla el incesto, frecuente en todas las esferas sociales e ignorado en muchas de las ocasiones por las personas legalmente constituidas para su prevención.

Estas muchachas pueden acabar ejerciendo la prostitución o sufrir trastornos en la personalidad si las medidas terapéuticas no son lo suficientemente eficaces.

El último grupo de maltrato corresponde a algunos niños que padecen de *fracaso de crecimiento y negligencia*. El niño que no medra es frecuente en las consultas de Pediatría. Entre sus causas hay que diferenciar dos grupos principales: hiponutridos de origen orgánico e hiponutrición de origen funcional. Esta última agrupa hoy día numerosos casos: la despreocupación de los padres, el trabajo de la madre fuera del hogar, sus múltiples problemas, etc. pueden ser el motivo de que la alimentación del pequeño no sea la adecuada. En muchas de las ocasiones el origen del problema radica en la falta de cariño de la madre para su hijo.

El hecho es que el menor puede llegar a alcanzar un grado importante de malnutrición, con las características clínicas y analíticas propias de este cuadro. Una vez que ha sido separado de ese ambiente y establecido un régimen calórico adecuado, en un medio hospitalario, el niño mejorará su curva ponderal en un plazo relativamente corto, hasta conseguir la normalidad.

Es lógico considerar que la malnutrición puede ir acompañada de lesiones traumáticas, de alteración del carácter con posibles secuelas y, en ocasiones, cuando el diagnóstico no es precoz, evolucionar hacia la muerte.

Negligencia se tiene con aquellos niños que se dejan solos o con sus hermanos en casas cerradas; cada año se pierden algunas vidas en incendios caseros cuando los padres han salido de noche.

Los niños abandonados, en general, padecen múltiples privaciones. Están sucios, descuidados, con ropas destrozadas, mal alimentados, con infecciones crónicas no tratadas; padecen, sobre todo, de *FALTA DE AMOR*.

Conclusión

Como conclusión, es importante hacer despistaje de estos problemas y disponer de una serie de medidas preventivas que eviten en un futuro más o menos próximo la reiteración de abusos; desde la identificación temprana de un caso de maltrato y tratamiento eficaz del menor hasta la rehabilitación de las personas responsables y vigilancia de todas aquellas familias que puedan infundir sospechas. Es necesaria la difusión y utilización de los conocimientos referentes a este síndrome por parte de los profesionales y de las personas interesadas.

BIBLIOGRAFIA

1. DELGADO A, ARISTEGUI J: Síndrome del niño maltratado. «Pediatria Clínica», 1992; 3: 89-107.
2. CENTRO INTERNACIONAL DE LA INFANCIA: Los niños víctimas de sevicias y malos tratos. Proyecto C II, París, 1980.
3. MARINA C: Protocolo de actuación del pediatra extrahospitalario ante el «maltrato infantil». «An Esp Pediatr», 1991; 35: 113-119.
4. BASELGA C, LOPEZ M J: El síndrome del niño apaleado: a propósito de una observación personal. «Bol Soc Ar Pediatr», 1976; 8: 187-193.
5. COMMITTEE ON CHILD ABUSE AND NEGLECT. American Academy of Pediatrics: Pautas para la evaluación de los niños sometidos a abusos sexuales. «Pediatrics» (ed. esp.), 1991; 31: 109-113.
6. NELSON W: «Abuse and neglect of children». Textbook of Pediatrics. Fourteenth Edition, W. B. Saunders Company, 78-83, 1992.