

EL NIÑO MALTRATADO I

B. Ferrer Masip*
M.P. Vicente de Vera Bellostas**

* Profesor de la Escuela Departamental de Puericultura.— Zaragoza.

** Médico Puericultor.

RESUMEN

Se estudia en el artículo la historia del síndrome desde su descripción por Kempe, Silverman, Steele, Droegmuller y Silver, haciéndose a continuación una descripción de los tipos de abuso y negligencia en la infancia.

Un análisis epidemiológico extenso estudiando distintas variables, junto al análisis de la etiología, historia clínica, exploración, sintomatología, diagnóstico y tratamiento, con análisis específico de la prevención, desembocan en un estudio del pronóstico de estos niños.

PALABRAS CLAVE

Síndrome del niño apaleado.— Abuso y negligencia en la infancia.

INTRODUCCION

En su debilidad el niño puede ser víc-

tima fácil que permita al adulto satisfacer su agresividad. Este abuso puede producirse en el grupo social general o bien en el grupo familiar. En ciertos grupos sociales el niño puede hallarse especialmente en peligro físico y moral. El abuso y abandono intencional y premeditado de los niños, ya individual o colectivo, por parte de parientes y amigos representa una lamentable situación de la que la sociedad debe defenderlos, correspondiendo al médico, no averiguar culpabilidades, sino conocer, diagnosticar y tratar en forma adecuada al niño, además de averiguar lo sucedido y comunicarlo.

Los malos tratos a niños se conocen desde la más remota antigüedad, como un derecho de los jefes de tribu, patriarcas, etc... de golpear a los miembros menores del grupo. Esto se transmitió a los educadores ("la letra con sangre entra") y a los padres, como un elemento necesario para la educación de los hijos. En la legislación penal española todavía se conserva la huella de esta tradición, pues

en el párrafo segundo del artículo 420, que sanciona con la pena de reclusión menor al autor de lesiones graves, si la víctima fuera el padre, madre, hijo, se excluye de la agravación al padre que causare tales lesiones al hijo, extendiéndose en la corrección.

Zacchia (1626) ya planteó el problema médico-legal de los malos tratos en la infancia, lo que fué reemprendido por Tardieu en 1879. Pero, han sido los trabajos de los últimos veinticinco años los que han estudiado la frecuencia, causadas y consecuencias, dando un conocimiento más amplio.

El término "Síndrome del niño apaleado" se acuñó en un simposio de la American Academy of Pediatrics en 1961, por C. Henry Kempe quien junto a F. Silverman, O. Steele, W. Droegmuller y H. Silver, describió el síndrome. Desde entonces se emplea este término para incluir en él cualquier problema que resulte de una falta de normal cuidado y protección de los niños por los padres, tutores u otras personas que se ocupen de ellos. También se le ha llamado "Síndrome de abuso y abandono del niño", "síndrome del niño maltratado", y "Traumatismo X". Sin embargo, independientemente del nombre empleado, este síndrome constituye hoy causa considerable de subdesarrollo físico y mental, incapacidad y más raramente de muerte, por lo que debe considerarse siempre que un niño presente cualquier fractura, heridas o hematomas, hemorragias meníngeas, trastornos atípicos del crecimiento, así como ante muertes repentinas y siempre que la importancia y naturaleza de las lesiones no se correspondan con el relato familiar de las circunstancias del accidente.

Tipos de abuso y negligencia en la infancia:

Siguiendo a Schmitt y Kempe (1):

— **Abuso físico:** Traumatismo no ac-

cidental inflingido al niño por las personas que lo cuidan, del tipo de magulladuras, quemaduras, lesiones craneales, fracturas y semejantes. El médico debe establecer, ya que el castigo físico aun está aceptado en nuestra sociedad, cuando ha sido excesivo o indebido, indicando ya un abuso físico. El castigo físico que requiere tratamiento médico está en el límite del castigo normal.

— Negligencia en la alimentación:

Es la causa más frecuente de peso excesivamente bajo en la infancia. Junto con la privación calorica, también se han descrito la de agua, como otra forma de abuso infantil.

— **Abuso sexual:** Quizá sea el tipo que más probablemente quede sin diagnóstico. En la mayoría de los casos es del sexo femenino. Se sospechará al encontrar en niños antes de la pubertad vulvitis, vaginitis y enfermedades venéreas.

— **Abuso emocional:** **Niños que son abandonados en lugares públicos o bien en sus casas encerrados en sótanos o cualquier habitación pequeña mientras sus padres están ausentes. Existe un abuso emocionalmente más sutil cuando se hace a los niños de forma crónica y continua, víctima propiciatoria, aterrizándole, reprendiéndole y rechazándole, lo cual trastorna el desarrollo normal de la personalidad del niño. El abuso emocional, difícil de demostrar, puede evidenciarse al aunarse un abuso físico comprobado o un mayor grado de abandono.**

EPIDEMIOLOGÍA:

a) **Frecuencia:** Existe una evidente falta de datos concretos respecto a la verdadera frecuencia del abuso y abandono del niño.

En E.E.UU., Kempe estima un nivel de aproximadamente unos 300 casos por millón de población y por año o 60.000

casos comunicados por año (2), mientras que Zalba da cifras de 30.000 a 40.000 casos de abusos físicos serios (3) y Eli Newberger calcula valores netamente más altos (250.000 a 400.000 casos por año) que en su opinión responden más exactamente a la realidad (2).

Becker en la República Federal Alemana calcula unos 10.000 casos por año y Chesser en Gran Bretaña piensa que un 7-8% de los niños necesitan en algún momento protección contra los malos tratos (3).

Green señala que todo niño víctima de malos tratos que regresa al hogar sin adoptarse previamente las precauciones pertinentes, tiene un 50% de probabilidad de que se reitere el abuso y un 10% de que acabe en su fallecimiento.

En EE.UU., en los servicios de urgencias hospitalarias aproximadamente el 10% de los traumatismos observados en niños menores de cinco años de edad son provocados y comportan una mortalidad de cerca del 1%, que lleva a unas 600 muertes por año. El doctor Fontana informa que tan solo en la ciudad de Nueva York muere un niño cada semana por abuso de su padre o tutor. El 30% de las fracturas en niños menores de dos años de edad no son accidentales y en el 50% de los casos comprobados de abuso se obtienen pruebas evidentes de malos tratos previos. (2)

Se ha observado, analizando los datos con rigor, que en contra de la opinión general, en síndrome de abuso y abandono del niño, es bastante menos frecuente en la comunidad negra en EE.UU. (2)

El problema fundamental es el de la información, pues que el 98% de los casos, en EE.UU., se comunican a través de organismos públicos, los cuales atienden entre otros a familias de escasos recursos, mientras que el 2% restante proceden de organismos privados y médicos particulares, lo que nos haría pensar que el abuso y abandono del niño no existi-

ría en las capas altas de la sociedad, por tanto se llega a la conclusión de que el conjunto de los datos comunicados es de una grave parcialidad, así como que posiblemente haya una gran cantidad de casos no comunicados.

Se ha visto también que por cada caso de abuso de niños, se registran cuatro casos de abandono o negligencia en su cuidado (2),

b) Respecto a las víctimas de malos tratos: Hay que distinguir entre "niños descuidado" al que faltan cuidados y que están sucio y mal vestido y "niño maltratado" que puede estar limpio y bien alimentado y vestido, aunque en algunas condiciones socioeconómicas, un niño puede estar a la vez descuidado y maltratado.

— **Edad:** Aunque ocurren lesiones no accidentales durante todo el periodo del desarrollo, la mayor parte de los casos comunicados corresponden a niños menores de tres años, (en los observados por J. M. Grislain eran la totalidad de los casos), es decir que los autores de los malos tratos puede deducirse que pertenecen al medio familiar. En una tercera parte de los casos tienen estos niños menos de seis meses de vida (MacHenry); en otra tercera parte, de los seis meses a los tres años de edad y la tercera parte restante son niños mayores de tres años. De lo que resulta que aproximadamente un 50% de los niños tienen edad inferior al año (Strauss) y el 70% según comprobó Schloesser tienen menos de tres años. (3) Los prematuros presentan este riesgo tres veces más que los normales (1). Por otra parte todavía hay pocos datos sobre la magnitud de este problema en el niño en edad escolar.

Respecto al abuso sexual, parece ser que no hay una preponderancia clara en ningún grupo de edad (4), aunque para De Jong et al., considerando víctimas inferiores a dieciocho años de edad, la edad media en niños varones, siete años,

es más baja que en niñas que es de trece años. (5) También se señala que a menor edad, el abuso proviene más probablemente de personas conocidas, mientras que en niños mayores lo es de desconocidos.

— **En cuanto al sexo:** Hay un claro, aunque no muy acusado predominio de los niños varones en caso de maltrato físico (49:30, Rabouille; 30:11, Camps y Cameron) (3). Sin embargo, predominan las niñas entre las víctimas de abuso sexual (2,4).

— **Otros factores:** Se ha incluido el stress como un importante factor predisponente al abuso infantil, ya como un hecho aislado (pérdida del trabajo, etc...) ya como un stress crónico. En este segundo apartado se encuentran factores como: ser el primer hijo de la pareja, no deseado por ser ilegítimo o por ser inconveniente para las condiciones económicas del momento, por ser hijos adoptivos que no han respondido a las esperanzas en él puestas, o bien adopción obligada por circunstancias especiales. Están más predisuestos los hijastros (3). También lo están los gemelos (6), en los que se unen factores tales como el aumento de riesgo en familias amplias (factor que junto a problemas de espacio, ambos compartidos en familias con gemelos y el hecho de que los gemelos suelen tener incidencia aumentada de problemas perinatales, predispone al abuso.

Por último, y ampliando lo anterior, reseñar que a veces son niños subnormales, débiles mentales, con trastornos del carácter, terrores nocturnos, gritos y llanto continuo, vómitos persistentes, o bien con trastornos físicos, a veces neuropatías etc... Todo ello hace que aumenten las frustraciones y los problemas para la educación y la crianza.

c) **Los autores de los malos tratos:** Los estudios realizados sobre las familias que someten a los niños a malos tratos indican que provienen de todo tipo de

grupos étnicos, geográficos, religiosos, educacionales, ocupacionales, y socioeconómicos. Quizá los grupos socioeconómicamente peor situados presenten alguna mayor incidencia, por padecer más crisis, así como limitaciones tanto en medios materiales como por sus características emocionales y de personalidad. Son muchas veces familias en que los apuros económicos obligan a trabajar fuera de casa a ambos padres.

— Los autores son generalmente los padres, habitualmente es uno solo, bien el padre, bien la madre, y más raramente ambos de forma conjunta. En general son padres jóvenes y a veces no están casados. También pueden ser autores los padrastros o madrastras, amantes de los padres, tutores o guardianes del niño. Se han descrito más excepcionalmente como autores a los abuelos del niño o a sus hermanos mayores (3).

— Las madres u otras mujeres vigilantes participan más en el proceso del abuso que los padres, porque están más tiempo al cuidado de los hijos (2). En la serie de Steele y Pollock de 1968 (7), se trataba de la madre en 50 casos y del padre en 7 casos. En otros estudios, los padres figuran en proporción similar a las madres. La diferencia entre padres y madres no se observa si los padres carecen de empleo (1). Sin embargo, el abuso por parte de los padres u otros vigilantes varones se caracteriza por lesiones más graves en el niño (2).

— Grislain et al. (7), señalan que según las estadísticas de los Tribunales de Menores de Nantes, en el 90% de los expedientes se menciona alcoholismo en los padres. Este grupo también relaciona estas familias con condiciones socioeconómicas desfavorables. También se han observado además de la asociación alcoholismo crónico o bien abusos esporádicos de alcohol, la presencia de bajos coeficientes de inteligencia. Por el contrario, Steele y Pollock en 1968 (7) no encuentran diferencias entre sus pacien-

tes y la población general desde el punto de vista socio económico del nivel intelectual (C.I.: 70-130); en su grupo, además, el alcoholismo no tiene relación directa con los episodios de malos tratos sobre los niños.

— Las características psicológicas de los autores de malos tratos son importantes, con personalidades inestables, poco maduras emocionalmente, con falta de adaptación a la responsabilidad de la paternidad, incluso con alteraciones psicopatológicas más o menos acentuadas de histeria, psicopatías, neurosis o personalidades anormales, además de problemas de alcoholismo o bien de bajo nivel de inteligencia, ya comentado anteriormente. (3) Bryan y Kaufman han observado en estos padres antecedentes de existencia a su vez, de padres neuróticos o psicópatas, o bien alcohólicos. Ellos mismos también sufrieron durante su niñez de malos tratos y se educaron en ambientes violentos y en medios de gran promiscuidad sexual.

Steele y Pollock indican que los sujetos que maltratan a los niños han sido descritos como "inmaduros", "narcisistas", "impulsivos", "dependientes", "sadomasoquistas", "egocéntricos", "exigentes"; estos adjetivos son apropiados, sin embargo estas características psicológicas suelen ser bastantes frecuentes entre la población general, por lo tanto constituyen un escaso apoyo para la comprensión del problema. (7) Estos autores también han intentado describir un modelo, una forma constante de comportamiento de estos padres, que bien puede ir unido a otros trastornos de orden psicológico, o bien pueden no coincidir con estos trastornos. Este modo de comportarse se correspondería con un modelo específico de educación, que han recibido estos padres. Describen dos elementos básicos:

— Espera y exigencia por parte del padre, opuestas a las funciones del niño.

— Falta de consideración por parte del padre para con las necesidades propias del niño, de sus capacidades limitadas, de su impotencia.

Kaufman (7) ha descrito el mismo fenómeno como "distorsión de la realidad" por el padre y de "percepción aberrante del niño pequeño". Según este autor, el niño no es percibido por el padre, sino que éste solo percibe una cierta figura delirante. Puede ser percibido como aquella porción psicótica del padre que éste desea dominar o destruir. El padre actuaría a veces como lo haría un niño asustado, desarmado, que busca en su propio hijo, un adulto capaz de dar amor y consuelo: es la "inversión del rol" de Morris y Gould. También describe Kaufman la existencia de padres psicológicamente muy infantiles que desearían ser niños, y muestran resentimiento en contra de la dependencia y las necesidades de su hijo. La expresión de este resentimiento se realizaría de forma hostil, proyectando sobre los hijos sus dificultades y problemas, pues tienen la idea de que el niño es la causa de los mismos.

Se señalarán entre las características de estos padres:

- Noción aberrante sobre las necesidades y las capacidades de sus hijos.
- La vivencia de las actitudes del hijo como una rebeldía dirigida contra ellos, como una falta de reconocimiento de sus deberes para con los padres, como la no sumisión a la autoridad, que ellos como padres se han atribuido.
- Actitud educativa rígida, rigurosa, con uso de correcciones y castigos, que en realidad significa una defensa contra el temor de que los hijos se desvíen del camino adecuado y correcto.

En la mayor parte de estos padres, los

malos tratos no se acompañan de sentimientos de culpabilidad porque se sienten en su derecho, considerar su actitud educativa o como la consecuencia de una autoridad indispensable, estando además como están en una sociedad que permite el castigo físico como método educativo. Sin embargo en algunos, estas reacciones agresivas pueden acompañarse de cierto desconcierto y sentimiento de culpa.

Las reacciones del niño maltratado pueden aumentar la agresividad del padre tanto si lo hace de manera pasiva o bien reactiva. Esto conlleva el peligro de que se establezcan entre ambos unas relaciones violentas como forma de diálogo que se aceptan tanto por parte del agresor, como de la víctima.

ETIOLOGIA:

Clement Smith piensa que el abuso y maltrato del niño representa una enfermedad de adultos que se expresa en el niño y Helfer amplía esta idea al añadir que la etiología de este síndrome de abuso del niño se podría sintetizar en:

- existencia de un tipo particular de padre.
- existencia de un tipo particular de niño.
- acontecimientos, circunstancias de las que depende el paso a la acción y que provocan ansiedad y finalmente la crisis.

Además Green añade la tolerancia cultural de la sociedad permitiendo el castigo corporal, por lo tanto esta etiología recoge al niño en el contexto familiar y a la familia dentro del contexto de la sociedad. (2) Por lo tanto, para que ocurra un episodio de abuso se requeriría la confluencia de los tres factores.

Se ha hablado ya sobre la personalidad de este tipo de padres: él mismo víc-

tima de malos tratos, sometido a una educación deformante (fenómeno cíclico), con trastornos psicológicos, adicto a los narcóticos o al alcohol, etc...

Respecto al niño también se ha comentado el que sea no deseado, crónicamente enfermo o inválido, o bien hiperactivo o que llora sin descanso, en el niño pequeño una mala regulación de las funciones fisiológicas elementales (alimentación, esófiteros), puede provocar la crisis. En niños mayores conductas interpretadas erróneamente por los padres como oposición o un exceso de demandas a sus padres.

Crisis: Suele ocurrir el abuso físico en días en que existe en el medio familiar una tensión evidente. Más frecuentemente pérdida del empleo, muerte, divorcio, avería en el coche o en el televisor, el nacimiento de un hermano, o una enfermedad infantil que provoque llanto constante. En resumen, situaciones que provocan angustia, tensión, pudiendo ser el niño un blanco accesible sobre el cual descargar la ira y la frustración. También actúa como blanco de reacciones agresivas interconyugales o bien porque interfiere las disputas entre la pareja.

La tolerancia cultural de la sociedad acepta e incluso estimula el uso del castigo corporal como método educativo válido y legítimo.

Más del 90% de los padres que cometen abusos no son psicóticos, ni sociopatas, sino que han golpeado a sus hijos, después de un acceso de ira provocado por circunstancias determinadas, conductas o comportamientos, acceso que han sido incapaces de controlar. A menudo por los antecedentes que tienen de haber sufrido también malos tratos en la infancia, tienen un escaso control de estos impulsos. Realizan así la actuación de lo que a ellos les sucedió, es pues, un fenómeno cíclico.

Para Dietrich et al., (8) el abuso y abandono en niños se origina fundamentalmente por un fracaso en la interacción

padre-hijo. Separa los casos leves de los graves, y los divide en: casos de simple abandono, casos de lesión no accidental, casos con apenas fallo de crecimiento (manifestado por anemia ferropénica) más lesión no accidental y casos de fallo de crecimiento más lesión no accidental. Por otra parte, señala que cuanto peores o más deficientes son las interacciones padre-hijo, más severos y graves son los tipos de abuso lo que sugiere que la ruptura de las interacciones adecuadas padre-hijo es la base del problema del niño maltratado, aunque indudablemente los factores demográficos, de personalidad, económicos, de salud y otros dependientes del tipo de personalidad de padres y niños contribuyen a esta ruptura por diversos caminos, pero las dificultades de interacción representan un indicador para el diagnóstico más palpable, facilitándose una intervención en el problema.

HISTORIA CLINICA:

El síndrome del abuso del niño es pro-teico en sus manifestaciones, de complicada etiología y complejo en su tratamiento. Las grandes dificultades diagnósticas no se plantean en aquellos niños gravemente lesionados, ni en el muerto apenas nacido, sino en aquellos niños en los que la historia clínica y datos de exploración son más sutiles, obligando a una cuidadosa observación clínica y agudeza en el diagnóstico.

Los médicos sospecharán la existencia de este síndrome en circunstancias como las siguientes (1,2):

— En aquellos casos en que los padres ofrecen una historia poco convincente del traumatismo experimentado por el niño. Algunos padres se resistirán a la información voluntaria o incluso dirán que no tienen idea de lo que ha podido pasar; serán explicaciones muy vagas e inconsis-

tentes como por ejemplo: "puede haberse caído". Estas explicaciones los acusarán en cierta manera, puesto que los padres que no son responsables de las lesiones de sus hijos suelen conocer con toda exactitud el lugar, la forma y cuando su hijo se hizo daño.

— En aquellos casos en los que existe una discrepancia entre la historia que relatan ambos padres o testigos del accidente.

— Cuando exista discrepancia entre la historia del traumatismo leve que cuentan los padres y el hallazgo a la exploración clínica de un grado más grave de lesiones físicas.

— En las ocasiones en las que hay discrepancia entre la edad de desarrollo del niño y la historia del accidente. Los niños menores de seis meses de edad no suelen provocar ningún tipo de accidentes: es totalmente falso que los lactantes puedan lesionarse rodando sobre sus brazos y rompiendoselos o bien aprisionando sus cabezas en la cama y provocándose fracturas de cráneo. También es falso que los niños más mayores puedan hacerse daño deliberadamente.

— Cuando hay un intervalo prolongado entre el momento de la lesión y la búsqueda de ayuda y cuidados médicos para el niño. Los padres normales generalmente acuden a la consulta inmediatamente después de producirse el traumatismo. Algunos niños sometidos a tales abusos físicos no son llevados al especialista hasta transcurrido un largo tiempo y a pesar de lo aparatoso de las heridas. Smith (1) observó que para el 40% de los niños no se solicitaba atención médica hasta la mañana siguiente de ocurrido el accidente, mientras que había otro 40% que fueron llevados al médico en el plazo de cuatro días después del traumatismo.

— También se sospechará cuando haya historia de traumatismos repetidos que han sido tratados en diferentes clínicas.

— Por último, siempre que la respuesta

o actitud de los padres ante los consejos del personal sanitario, no sea la apropiada, incluyéndose en esto hasta el abandono del niño en el consultorio o servicio de urgencias.

Morris et al. (2) han descrito 28 características distintivas en la conducta de los padres responsables de abuso y abandono con respecto a las lesiones de sus hijos, que para este autor poseen importancia diagnóstica decisiva, y entre las cuales podemos citar:

— Las ya citadas actitudes evasivas o contradictorias sobre las circunstancias de la lesión, o la resistencia a la información voluntaria.

— Dura crítica y manifestaciones de cólera contra el niño lesionando.

— Falta de interés y preocupación en cuanto a las lesiones, tratamiento o pronóstico.

— El presunto culpable rara vez toca o mira al niño.

— Respuestas inapropiadas o ausencias de las mismas ante el llanto del niño.

— También se han observado unas características sobre la conducta del niño víctima de abusos físicos, que pueden orientar al médico, como:

— Puede llorar desesperadamente durante el exámen o tratamiento, o bien apenas se queja, no llora ni se mueve.

— No mira a los padres en busca de apoyo o protección.

— Muestra recelo ante el contacto con personas adultas y miedo a confiarse.

— Se halla siempre en acecho, en actitud vigilante, como si presintiera un peligro para él.

Para Rosenberg et al. (9) es importante contar con un buen procedimiento de screening, para detectar niños con especial riesgo de sufrir abuso. Propone la valoración por el personal sanitario de una serie de factores que han sido asociados a abuso infantil, como:

— En los padres:

— Conducta agresiva definida por solicitar fuera de lugar exámenes, inyecciones, radiografías, u hospitalización.

— Conducta hostil definida por gritos en la zona de urgencias con críticas al personal sanitario y amenazas.

— Críticas al niño o esperar de él un comportamiento imposible para su edad como pretender que un niño menor de seis meses pueda dejar de llorar ante sus órdenes.

— Falta de vínculo:

— Falta de contacto físico, visual, verbal con el niño.

— Conducta alterada:

— Definida por estar bajo la influencia del alcohol, con olor en el aliento y marcha alterada, o bien eufórico o deprimido.

— En los hijos:

— Desaliño definido como ropas sucias, suciedad bajo uñas o en axilas o pies, u olor desagradable.

— Calvicie en occipucio.

— Magulladuras, quemaduras o mordiscos.

En resumen, el médico sospechará cuando observe cualquier lesión, sobre todo en niños pequeños y deberá registrar con todo cuidado si existen características de conducta inapropiada tanto en padres como en los niños. Puede ayudar en estos casos el preguntarse si un buen padre se comportaría tal como lo estamos observando.

EXAMEN FISICO:

Determinadas lesiones identificarán un abuso. Las lesiones serán de diferente naturaleza, de acuerdo con el tipo de malos tratos inflingidos al niño. Encontraremos, siguiendo a Schmitt y Kempe (17):

— **Contusiones, magulladuras, ronchas en la piel:** Cuando estén localizadas a nivel de nalgas o parte inferior de la espalda siempre serán muy sugestivas de abuso (1,10). Las lesiones se localizan preferentemente, pero no exclusivamente en la cabeza y cara. Cuando estas lesiones en cara y cabeza son accidentales predominan en niños menores de tres años, haciéndose más infrecuentes conforme aumenta la edad y se desarrolla una mejor coordinación, mientras que cuando son intencionadas se presentan a cualquier edad (10). Las lesiones más frecuentes de las accidentales (10).

Casi siempre son múltiples y normalmente en diferente momento de evolución. Se producirán por diferentes mecanismos:

- Por golpes en la cabeza y especialmente en la cara, con la mano abierta y más raramente con objetos contundentes.
 - Por golpes en otras partes del cuerpo con bastones, reglas, cinturones, látigos, etc... A menudo la equimosis tendrá la forma de éste.
- Por empujones tirando al niño al suelo o golpeándolo contra las paredes.
- Haciéndoles caer escaleras abajo.
- Pateamientos en todo el cuerpo, sobre todo en las nalgas.
- Al zarandear a los niños brusca y violentamente, se encuentran huellas de dedos y del pulgar en los brazos.

En muchas fases de la curación se observan todavía magulladuras, hematomas y cicatrices.

Hay que tener un gran cuidado en no confundirlas con lesiones de otra etiología como por ejemplo una mancha mongólica con un hematoma, o en eritemas multiformes asociados a lesiones equimó-

ticas, cuya asociación se menciona raramente, pero existe y esto junto al buen estado general del niño pueden hacer sospechar (11).

— **Heridas:** Cortes y punturas, utilizando como instrumentos agujas, navajas, tijeras, tenedores. Generalmente superficiales, pero a veces extensas. También es típico que estén en diferente momento de evolución. Son muy clásicas las laceraciones del labio superior con desgarramiento del frenillo que se originan al intentar callar a un niño que chilla, o al forzar la alimentación. Así mismo son típicas también las lesiones peribucales.

— **Lesiones extrañas:** Como por ejemplo:

Mordeduras, que dejan señales definidas del tipo de áreas con un aumento de pigmentación y centro claro.

Señales de cuerdas: Marcas curvas sobre la piel, alrededor del cuello si son de estrangulación, y también en tobillos y muñecas.

Señales de quemaduras de cigarrillos o quemaduras que recuerdan las del ganado ejecutadas con hierro de marcar.

— **Signos de lesiones frecuentes:** Cicatricez, descubrimiento de viejas fracturas pro radio-diagnóstico.

— **Enfermedad avanzada y no atendida.**

— **Fallo del crecimiento y mal estado nutricional.**

— **Traumatismos en las zonas preineales o genitales:** Se dan sobre todo en el niño varón, recaen sobre testículos y se asocian a lesiones preineales, públicas o de los muslos.

— **Lesiones musculares y nerviosas:** Se producen cuando se suspende al niño por los brazos, dando así lugar a arrancamientos ligamentosos, desgarramientos musculares, elongación del plexo braquial, etc...

— **Quemaduras:** Aproximadamente el 10% de casos de abusos físicos incluyen quemaduras. Se localizan más en

tronco y extremidades. Hay varios tipos: — El más frecuente, ya comentado, producidas por cigarrillos encendidos. Son múltiples y suelen encontrarse en las palmas de las manos o en las plantas de los pies dejando sobre la piel señales circulares, en áreas punteadas de tamaño similar.

— Quemaduras de contacto de tipo seco: Con instrumentos calientes como planchas, rizadores, etc... En sus primeros estadios es muy significativo el agente térmico empleado. También por colocar al niño sobre una estufa encendida, o por obligarle a mantenerse pegado a un radiador apareciendo en este caso quemaduras de segundo grado sin ampollas y normalmente incluyen una sola superficie del cuerpo o ambas palmas de las manos.

— Quemaduras con agua caliente: Son de diversos tipos. Se producen por derramar sobre el niño agua u otros líquidos calientes. Las quemaduras en nalgas ocurren cuando uno de los padres sostiene los muslos del niño contra su abdomen y le sumerge éstas y perineo en un baño de agua hirviendo como una forma de castigo a una enuresis o a una resistencia en el aprendizaje de su aseo personal. Se provoca así una quemadura circular en las nalgas de borde muy definido que acaba en la cintura y los muslos. En este caso las manos y los pies estarán ilesos lo que nos hará descartar una caída accidental en la bañera o que se haya producido su lesión al abrir el agua caliente estando allí el niño. Cuando se obliga al niño a sumergir en agua hirviendo una mano o un pie como castigo, la quemadura se delimitará perfectamente alrededor de la muñeca o del tobillo lo que hará sospechar. También se ha descrito el poner los pies del niño en agua hirviendo y sacarlos luego a pasear.

— **Las lesiones oculares:** Incluyen hifema, dislocación del cristalino, y desprendimiento de retina. Aparecerán pla-

cas atróficas en la periferia del campo retiniano temporal. Más de la mitad de este tipo de lesiones provocan un trastorno permanente de la visión en uno o en ambos ojos.

— **Lesiones cerebro-meningeas:**

Entre las cuales se destaca sobre todo:

El hematoma subdural, como el más grave de todos estos traumatismos posibles en un cuadro de malos tratos, en cuanto a su alta mortalidad y las graves secuelas neurológicas que ocasiona (1,12), Caffey en 1946 acuñó con su nombre un síndrome caracterizado por fracturas de los huesos largos y hematoma subdural, del que inicialmente pensó que pudiera corresponderse con alguna nueva entidad morbosa en la infancia; sin embargo hoy se le ha reconocido de origen traumático, formando parte del síndrome de abuso infantil. Estos niños a menudo se presentan por la compresión cerebral, con coma y convulsiones. Algunos presentan múltiples fracturas craneales (después de haber sido golpeados contra una pared, o contra una puerta); más de la mitad no presentan fractura. Suelen llamarse espontáneos los hematomas subdurales sin fractura evidente, pero en recientes estudios se ha visto que éstos responden también etiológicamente a un violento zarandeo. La rápida aceleración y desaceleración de la cabeza que se produce al aumentar y disminuir el zarandeo origina un desgarramiento de las venas anastomóticas, con la formación de una hemorragia que se localizará en el espacio subdural, usualmente de forma bilateral. Las hemorragias retinianas casi siempre presentes ayudan a establecer el diagnóstico.

Pueden producirse también hemorragias meningeas cuando se trata de niños de más edad.

También hay meningitis serosas traumáticas cuando los traumatismos se repiten frecuentemente.

— **Fracturas:** Por orden de frecuencia e importancia se señalarán:

Fracturas de cabeza: Que afectan al macizo facial, nariz sobre todo, y al cráneo, tanto a la bóveda como a la base. A menudo se encuentran varias fisuras que parten del punto donde se ha recibido el golpe directo, aunque también pueden estar en huesos distintos.

Fracturas de las extremidades: En las diáfisis de los huesos largos, sobre todo en fémur y húmero. También son muy típicas las lesiones en la unión diafiso-epifisaria que tendrá repercusión en el crecimiento del niño. El síndrome más característico es el del polifracturado, sin antecedentes de un accidente que lo justifique y, sobre todo con diferentes estadios evolutivos en las distintas fracturas. Son habituales los callos viciosos por mala consolidación.

Fracturas torácicas: Afectando sobre todo a costillas, por mecanismo de hiperflexión debido a caídas sobre planos duros, aunque los golpes directos explicarán otras localizaciones. Para Feldman (13), en ausencia de evidencia radiológica de otra enfermedad ósea, las fracturas costales inexplicables son específicas de abuso. Respecto al hecho de que puedan producirse por reanimación cardiopulmonar durante el viaje al hospital, la literatura sobre abuso infantil asegura que la compresión anteroposterior realizada en la reanimación da fracturas laterales mientras que si es por abuso son posteriores.

Muy excepcionalmente se ven fracturas de pelvis y de columna vertebral.

— **Los traumatismos intraabdominales:** son la 2ª causa más frecuente de muerte en los niños maltratados, aunque no son frecuentes. Afectan a órganos huecos (estómago, vejiga, intestino), al mesenterio, hematomas retroperitoneales, etc... Los más frecuentes hallazgos consisten en desgarros mesentéricos o del intestino delgado en las zonas donde existen conexiones ligamentosas, como en duodenos y yeyuno proximal. Tam-

bién se ha observado ascitis quillosa. En cuanto a la sintomatología, estos niños se presentan con vómitos recurrentes, distensión abdominal, ausencia de ruidos intestinales o bien con zonas deprimidas localizadas.

— **Enfermedades de transmisión sexual:** Para White et al. (4) en niños preadolescentes, las enfermedades de transmisión sexual más frecuentes en el abuso sexual sobre niños son:

Gonorrea: Más comunmente diagnosticada en niñas. Los niños con vaginitis o uretritis tienen síntomas generalmente con supuración de unas 8 semanas. Si está asintomático puede persistir hasta 6 meses sin tratamiento. Las infecciones faringéas y rectales son casi siempre asintomáticas. Es la más común encontrada en niños prepuberales.

Sífilis: Un test serológico debería ser rutinario en los casos de abuso sexual en niños. Es más frecuente en niñas. Suele asociarse a otras enfermedades de transmisión sexual.

Condilomas acuminados: Más frecuentes en varones.

Tricomoniasis: Más frecuentes en niñas, su presencia en muchachas prepuberales sugiere actividad sexual.

El número de casos de abuso sexual está aumentando y es difícil obtener información, además la exploración suele resultar poco indicativa.

— **El síndrome de Munchausen by Proxy** ha sido aplicado a niños con enfermedades artificiales inducidas por adultos. Es causa de graves problemas diagnósticos. También se le ha llamado síndrome de Polle. Se han descrito sobre todo sepsis polimicrobianas cuyo origen ha sido manipulación de catéteres intravenosos con inyección de soluciones u otro tipo de sustancias como saliva, agua contaminada, etc... (14,15). También se han descrito casos de epilepsia ficticia (16).

Finalmente es importante reseñar que las lesiones del tipo de contusiones, he-

matomas, heridas, quemaduras, ofrecen un signo muy valioso: la dramática mejoría que experimentan en cuanto se sustrae al niño de su medio ambiente.

DIAGNOSTICO:

Son importantes los datos de laboratorio para descartar la posibilidad de trastornos de coagulación que favorezcan la presentación de hematomas ante mínimos traumatismos. Junto a esto en toda sospecha de malos tratos será inexcusable la exposición radiológica de todo el esqueleto: Normalmente no suelen encontrarse grandes fracturas, pero los torcimientos, sacudidas y zarandeos suelen desprender el periostio y una esquina metafisaria. Inmediatamente después del traumatismo se verá radiológicamente la astilla de la fractura. De 10 a 14 días después de éste la hemorragia subperióstica empezará a calcificarse en la periferia y aparecerá en la radiografía como una muesca. Cuando se observen múltiples traumatismos óseos en diferentes estadios de evolución, indicará abusos físicos repetidos.

Será necesario un radiólogo experto que diferencie el abuso físico de algunas enfermedades óseas que pueden parecerse, como la osteogénesis imperfecta, la hiperostosis infantil cortical, el escorbuto, la sífilis y las neoplasias.

Generalmente el estudio radiográfico es suficiente sin necesidad de acompañarlo de un scanning óseo que expondría al niño a la radiación de forma gratuita. Sin embargo cuando los resultados son poco claros y hay signos de abuso físico, el realizar ambas pruebas, asegura la probabilidad de detectar las fracturas (17).

El diagnóstico de abuso infantil tiene importantes ramificaciones psicológicas y sociales y no debe hacerse a la ligera. Siempre que entre a formar parte del diagnóstico diferencial es muy importan-

te que todo lo que se registre sea de forma exacta, con una clara diferenciación entre los hallazgos subjetivos y objetivos y con una relación cuidadosa y completa de los datos básicos.

TRATAMIENTO Y PREVENCIÓN:

En los casos que se sospeche un abuso físico será necesario establecer un plan lógico para el tratamiento. Dado que el abuso es un problema multidimensional en su etiología, es obligado que el tratamiento sea dirigido por un equipo integrado por especialistas en diversas disciplinas.

Pero el médico actúa no solo como terapeuta de los niños sometidos a sus cuidados, sino también como abogado a quien preocupa el bienestar de la población infantil de su comunidad, luego entre sus objetivos estarán:

- Eliminar o reducir la frecuencia del abuso físico al niño en su comunidad.
- Garantizar la terapéutica adecuada al niño víctima de abuso.

La terapéutica tendrá tres objetivos específicos:

- Proteger al niño contra toda violencia inicial o reiterada.
- Proporcionar a los padres el apoyo y tratamiento necesario para enfrentarse a las causas de conducta anormal.
- Facilitar el retorno del niño a su hogar, ya rehabilitado, lo antes posible.

El tratamiento eficaz incluye cuatro componentes: Tratamiento, vigilancia, rehabilitación y prevención. Su eficacia se valorará por la rapidez con la que el niño víctima puede de nuevo convivir con sus padres en su hogar rehabilitado.

a) Tratamiento: Varios pasos (1):

- Hospitalizar al niño: Para protegerlo mientras se investiga las condiciones de su hogar. Se puede decir a los padres que "las lesiones necesitan un periodo de vigilancia". Las preguntas incriminadoras se reducirán al mínimo. Ya hospitalizado, se estudia con detalle.
- Tratar los traumatismos con las medidas médicas y quirúrgicas pertinentes.
 - Mantener un acercamiento hacia los padres: Es difícil por los sentimientos de ira que despiertan, pero no deben expresarse, puesto que sería negativo para llegar a la cooperación necesaria. Se tendrá en cuenta que las lesiones se produjeron en momentos de tensión, no deliberadamente y que los padres sienten ya su culpabilidad. No hacer acusaciones ni realizar interrogatorios repetidos.
- Explicar a los padres el diagnóstico y la necesidad del informe oficial: Recibirán el diagnóstico del médico antes de que éste haga el informe oficial, explicándoles que es una obligación legal ante lesiones no explicadas satisfactoriamente. El asunto será confidencial (no aparecerá en prensa) y se convencerá a los padres de que únicamente se intenta ayudarles para que logren una mejor convivencia con sus hijos pero no castigarles.
- Informe: Oficial y a un servicio de protección infantil.
- Consultar a los asistentes sociales hospitalarios: Para que evalúen la seguridad y las condiciones que ofrece el hogar del niño, los problemas entre los padres, su relación conyugal, su manera de aceptar el tratamiento y la totalidad de los problemas de la familia. A veces el asistente necesitará la ayuda del psiquiatra.
- Cooperación: Entre los asistentes sociales hospitalarios, pediatras, enfermeras, el organismo de protección infantil, ocasionalmente el psiquiatra y los diferentes servicios de la comunidad que tengan relación con la familia. Se evaluará totalmente el problema y se decidirán los planes de acción que deben seguirse.
- Seguir los consejos del organismo de protección infantil: Decidirá si el niño necesita apoyo oficial o no para que vuelva seguro a su domicilio o si es preferible internarlo en algún centro especial para su cuidado. El pediatra está obligado a proteger al niño hasta que se determine el plan de acción más apropiado.
- Funciones de los servicios de protección: (2) Son otras modalidades de tratamiento que proporcionan un seguimiento psicosocial y medidas terapéuticas adecuadas. Propuestas por Kempe, algunas han sido de gran utilidad en casos aislados. Por ejemplo:
 - Ayuda a las madres.
 - Terapéuticas por no profesionales competentes, capaz de proporcionar ayuda y sostén de forma ininterrumpida.
 - Grupos de padres anónimos, inspirados en los mismos conceptos utilizados por los alcohólicos anónimos.
- Guarderías e instituciones que presten servicio durante las 24 horas y que proporcionan ayuda a las madres al ofrecer cuidado temporal a sus hijos cuando éste sea necesario.
 - La psicoterapia infantil.
 - Centros terapéuticos en los cuales los padres agresivos puedan incrementar sus capacidades educati-

vas, rehabilitación vocacional y consejos para los cónyuges.

- Centros para suministro de recursos familiares, instituciones de servicios múltiples accesibles a las familias para la resolución de la crisis. Existen estos y otros muchos tratamientos. Los servicios de protección también visitan los hogares y localizan e identifican a los pacientes.
- Por último, testificar ante la justicia, si es necesario: Para determinar la posibilidad de que sea el Estado el que se encargue del cuidado del niño durante un tiempo. Será también importante que los Jueces conozcan a fondo el problema, pues él finalmente decidirá que el niño vuelva a su hogar.

b) **Vigilancia y rehabilitación:** El niño maltratado necesita muchos más cuidados y más frecuentes que el niño normal, por lo que después del alta, debe regresar al servicio a intervalos regulares, para valoración, durante una temporada y prevención con este seguimiento médico de cualquier recurrencia del abuso. En los casos de lesiones en la cabeza necesita evaluación por un posible retraso, espasticidad o por la aparición de un hematoma subdural.

Junto a esto los padres deben realizar apoyo continuo mediante alguna modalidad de tratamiento para modificar sus conductas. Solo el 10% de los padres agresivos son psicóticos o sociópatas que requieran el ingreso en una institución. Es posible ayudar al 90% de los padres a recuperar un papel educador eficaz.

En toda comunidad, deberá existir personal preparado y instituciones de cuidado para aquellos niños que necesiten ser sacados de sus hogares.

c) **Prevención:** (18). Varios puntos:

- Necesidad de atención sanitaria óp-

tima, con independencia de raza, lugar de residencia o estado socioeconómico para todos los niños, garantizando diagnóstico y tratamiento temprano, así como la conservación de la salud.

- Capacidad de identificar a los padres y niños vulnerables, antes de que ocurra un episodio grave de abuso; lo que requiere el desarrollo de formas de predicción (9), lo que se va poniendo en marcha en muchas instituciones. Sin embargo tiene el problema del impacto que supone clasificar a un individuo como potencial padre de realizar abuso o determinar cual será la forma de intervención preventiva.

— Aumentar la difusión y conocimiento de este síndrome entre los sanitarios.

— Desarrollo de centros e instituciones destinados a atender el abuso del niño con el fin de que se den tratamientos adecuados, educación de equipos especializados y recopilación de datos y su análisis.

También es importante la información a no profesionales, pero de forma no sensacionalista.

En el futuro hay que subrayar la necesidad, no solo de proteger al niño de lesiones futuras, sino también restablecer la capacidad de los padres, si es posible, para lograr una adecuación más apropiada de sus hijos, a través de programas de prevención y de educación para la salud.

PRONOSTICO:

Los abusos físicos y psicológicos, la privación de cuidados y alimentos, acaban por repercutir sobre el estado general del niño cuya conducta expresa un marcado déficit motor: no llora, ni habla, no expresa sus estados anímicos, quizás

excepto el temor, y se retrasa su maduración.

Si se devuelve el niño al hogar sin intervención médica, un 5% fallecen y el 35% aparecen gravemente lesionados de nuevo, además las familias no tratadas tienden a convertir a sus hijos en delincuentes juveniles y en padres que tam-

bién pagarán a sus hijos.

En resumen, el abuso infantil es un programa complejo y multidimensional que deben conocer profundamente los médicos pues estos disponen de medios y conocimientos para mitigar este trágico problema.

BIBLIOGRAFIA:

1. SCHMITT, B.D.; KEMPE, C.H. (1981): Negligencia y abuso en la infancia. En: Nelson, W.E., et al. Tratado de Pediatría. Barcelona, Salvat, tomo I, p.p. 104-109.
2. GREEN, F.C. (1975): Abuso y abandono del niño. Un problema de alta prioridad para el médico familiar. *Clinic. Pediatric. Norteam.*, Mayo 75, 329-339.
3. GISBERT, J.A. (1977): Malos tratos a los niños. En: Medicina Legal y Toxicológica. Valencia, Fundación García Muñoz, p.p. 371-374.
4. WHITE, S.T., et al. (1983): Sexually Transmitted Diseases in Sexually Abused Children. *Pediatrics*, 1983 Jul.; 72 (1): 16-21.
5. DE JONG, A.R., et al. (1982): Epidemiologic Factors in Sexual Abuse of Boys. *Am. J. Dis. Child.* 1982; 136(11): 990-993.
6. GROOTHUIS, J.R., et al. (1982): Increased Child Abuse in Families with Twins. *Pediatrics* 1982 Nov.; 70 (5): 769-73.
7. AJURIAGUERRA, J. de; Manual de Psiquiatría Infantil. Barcelona, Toray-Masson S.A. (1972), p.p. 969.
8. DIETRICH, K.N., et al. (1983): Infant Maltreatment: Caretaker-Infant Interaction and Developmental Consequences at Different Levels of Parenting Failure. *Pediatrics* 1983, Oct. 72 (4), 532-39.
9. ROSENBERG, N.M., et al. (1982): Prediction of Child Abuse in an Ambulatory Setting. *Pediatrics*. 1982, Dec.; 70 (6): 879-782.
10. ROBERTON, D.M., et al. (1982): Unusual injury? Recent injury in normal children and children with suspected non-accidental injury. *Br. Med. J.* 1982 Nov.; 285 (6352): 1399-1401.
11. ADLER, R. and KANE-NUSSEN, B. (1983): Erythema Multiforme: Confusion with Child Battering Syndrome. *Pediatrics*. 1983 Nov, 72 (5): 718-20.
12. Child Abuse and cerebral palsy. *Lancet*, 1983, May, 21; 1 (8334): 1143.
13. FELDMAN, K.W. and BREWER, D.K. (1984): Child Abuse, Cardiopulmonary Resuscitation, and Rib Fractures. *Pediatrics* 1984, March 73 (3): 339-342.
14. LISTON, T.E., et al. (1983): Polymicrobial Bacteremia Due to Polle Syndrome: The Child Abuse Variant of Munchausen by Proxy. *Pediatrics* 1983 Aug. 72 (2): 211-13.
15. HALSEY, N.A., et al. (1983): Recurrent Nosocomial Polymicrobial Sepsis Secondary to Child Abuse. *Lancet* 1983 Sept.; 2 (8349): 558-60.
16. MEADOW, R. (1984): Fictitious Epilepsy. *Lancet* 1984 Jul.; 2 (8393): 25-28.
17. JAUDES, P.K. (1984): Comparison of Radiography and Radionuclide Bone Scanning in the Detection of Child Abuse. *Pediatrics*. 1984 Febr. 73 (2): 166-68.
18. KEMPE, C.H. (1976): Approaches to Preventing Child Abuse. *Am. J. Dis. Child.* 1976: 130, 941-47.