

Síndrome del niño maltratado

Barajas-Calderón Helix Iván¹, Ángeles-González María Fernanda², Del Toro-Chávez María Laura³

¹Maestrante en Ciencias Forenses y Criminología; Perito A en el Instituto Jalisciense de Ciencias Forenses; Profesor de Asignatura Tipo A Universidad de Guadalajara; Centro Universitario de Ciencias de la Salud; Centro Universitario de Tonalá; Médico Adscrito de Servicios Médicos Municipales de San Pedro Tlaquepaque del H. Ayuntamiento de San Pedro Tlaquepaque, Jalisco, México.

^{2,3} Alumnos Licenciatura Médico Cirujano y Partero; Asignatura de Medicina Legal y Forense; Universidad de Guadalajara; Centro Universitario de Tonalá.

doc.helixbarajas@gmail.com

Para citar este artículo:

Barajas-Calderón H. I., Ángeles-González M. F., Del Toro-Chávez M. L. (2017). Síndrome del niño maltratado. Revista Acta de Ciencia en Salud. 3(1): p. 23-28

1. Introducción

La violencia dentro de una familia puede afectar a cualquier círculo familiar sin distinción respecto a edad, sexo, nivel económico o grado de educación. Los menores de edad, por su dependencia física, económica, social y afectiva, forman la población más vulnerable a padecer abusos que atenten a su integridad física, mental y social, agresiones de tipo repetitivo por parte de uno o más adultos a cargo del niño, como son la negligencia, los golpes, el abuso sexual, el maltrato emocional e inclusive la muerte.¹

A esta entidad se le ha denominado Síndrome del niño maltratado, y ha crecido a tal grado que constituye un forma grave de maltrato infantil que no sólo involucra al área de la medicina pediátrica, sino a medicina legal.

2. Historia

La existencia del maltrato es tan antigua como la presencia del hombre. Tiene distribución universal, sin distinción de raza, cultura, religión, clase social o ideas políticas.

En la Biblia se relata el sacrificio de Isaac, que representa la idea de la urgencia del hombre para

reivindicarse ante la omnipotencia divina de agradecerlo y obedecerlo.

Los cuentos infantiles de los hermanos Grimm son testigos de la cultura al maltrato infantil.

En el campo médico, el patólogo y profesor de Medicina legal francés Ambrosio Tardieu fue el primero en mencionar el maltrato infantil en su cátedra en París en 1868, mediante un artículo titulado “Estudio médico-legal sobre las sevicias y los malos tratos ejercidos sobre los niños” en el que describía los signos clásicos de maltrato.

El concepto de lesiones por maltrato en niños tuvo que esperar a que John Caffey, un radiólogo de Pittsburg, llamara la atención en 1946, con un artículo titulado “Fracturas múltiples de huesos largos en niños portadores de hematoma subdural crónico” en el que se describe en detalle la historia de seis niños de entre 2 semanas y 1 año de vida con hematoma subdural crónico y con fracturas en huesos largos. A pesar de haber realizado un estudio en el que se descartó la etiología no traumática de dichos procesos, Caffey, no reconoció su verdadera etiología.

En el año 1953 Silverman reconoció la causalidad traumática de esta patología, no obstante lo cual, concluyó en que habría algún factor individual que predispondría a algunos niños más que a otros a sufrir este tipo de lesiones.

En el año 1962 Kempe y colaboradores en el artículo “The battered child syndrome” establecieron la naturaleza traumática de carácter intencional del síndrome siendo ese el nombre con que en la literatura se conoce esta entidad.

Finalmente, La Asamblea General de las Naciones Unidas, en 1990, reconoció que el niño para el pleno y armónico desarrollo de su personalidad debe crecer en el seno de la familia, en un ambiente de felicidad, amor y comprensión, para lo cual proclamó los derechos universales del niño.^{2, 3, 4}

3. Definición

Existan múltiples definiciones de maltrato infantil, todas ellas relacionadas con el concepto de niño que se tenga, lo que lleva a tener presente consideraciones ambientales, culturales, sociales, comunitarias, políticas, económicas, éticas, morales, religiosas y biológicas, además de tener en cuenta las experiencias personales en los años de niñez.

Teniendo presente las condiciones de indefensión y de conciencia de sus actos, es decir el nivel de autonomía y responsabilidad del niño, se puede proponer la siguiente definición desde el modelo médico:

“El maltrato infantil se define como toda aquella situación en que incurra una persona consciente de sus actos, por acción u omisión que atente contra la integridad o altere el normal crecimiento y desarrollo de una niña o niño en detrimento del desarrollo de sus potencialidades físicas, emocionales, intelectuales, sociales, éticas, morales, estéticas, culturales, espirituales y religiosas afectando sus relaciones y desempeño con los miembros de la sociedad.”⁵

En esta definición se tiene presente la conciencia de los actos, es decir, la intención de hacer daño, la acción en sí y las consecuencias de la acción u omisión, el daño permanente o temporal que afecta

la integridad, el crecimiento y el desarrollo actual y potencial de la víctima, así como los diferentes dimensiones de la persona: biológica, afectiva, cognitiva, social, moral, ética, valorativa, estética, espiritual y religiosa. Los términos que abarca la definición comprenden el acto de agresión violento y el mal manejo de situaciones que afecten el buen desarrollo del niño.

La OMS, por su parte, define al maltrato infantil como “los abusos y la desatención de que son objeto los menores de 18 años, e incluye todos los tipos de maltrato físico o psicológico, abuso sexual, desatención, negligencia y explotación comercial o de otro tipo que causen o puedan causar un daño a la salud, desarrollo o dignidad del niño, o poner en peligro su supervivencia, en el contexto de una relación de responsabilidad, confianza o poder.”⁸

El diagnóstico en la mayoría de los casos se hace por sospecha, pues las circunstancias y evidencias son ocultas. Por ser una enfermedad de componentes y causas multifactoriales psicológicas, biológicas y sociales su tratamiento debe ser compartido con otros profesionales de la salud, de Trabajo Social y autoridades policia cas, pero el médico siempre debe desempeñarse como líder e integrador del grupo terapéutico interdisciplinario a cargo de la víctima.

4. Epidemiología

Durante la última década se incrementó la incidencia de casos de abuso infantil a nivel mundial. Datos de la UNICEF en 2008 reportaron que en América Latina seis millones de niños, niñas y adolescentes sufrieron agresiones severas y 80 mil murieron cada año por la violencia presente al interior de la familia. Las estadísticas en México reportaron alrededor de 12,516 niños maltratados y 12,433 niñas. De estas cifras el estado con mayor índice fue Coahuila (4,150 casos) seguido de Nuevo León (3,067 casos) y en tercer lugar el Estado de México con 1,885 casos (datos obtenidos del DIF).⁶ Etiología

El síndrome del niño maltratado (SNM) lo originan tres elementos fundamentales para su presentación: un niño agredido que en ocasiones sufre de retraso psicomotor, un adulto agresor y situaciones del

entorno familiar que conllevan un factor desencadenante del problema. Las principales causas de maltrato a niños por orden de frecuencia son: medidas disciplinarias (63%), sujetos con alteración de conducta (46%), rechazo familiar (34%) y negligencia (34%).

Los principales agresores identificados en el niño maltratado son: la madre (58%), el padre (25%), padrastros (11%) y otros (5%). Las características del agresor pueden ser: antecedentes de cualquier forma de maltrato en la infancia, desarrollo en ambiente de privación social, estimación inexacta de las actividades de sus hijos, falta de información y de exhibición para manifestar la agresión, es decir, padecen un defecto de carácter que les permite expresar su agresividad con anormal facilidad. Enfermedad mental: crónicamente agresivos, compulsivos y de tipología pasivo dependiente. Alrededor de 10% de los padres agresores son sicóticos o muestran una autoestima devaluada, aislamiento social y tensión constante, alcoholismo, drogadicción y farmacodependencia. Clasificación

5. Formas de maltrato⁷

a) Maltrato físico

Las lesiones físicas son una de las formas comunes de maltrato infantil, se considera toda lesión que no se relaciona con el mecanismo causal referido: en contra de lo que pueda pensarse, el castigo físico como medio de control sobre los hijos sigue siendo el patrón disciplinario y correctivo predominante en nuestra cultura y por ello algo que con facilidad puede derivar en el exceso

- Mayor frecuencia
- Uso fuerza en forma intencional
- Castigos, Empujones, Golpes, Bofetadas.
- Zarandeos, Quemaduras, ahogamiento.
- Equimosis, heridas, fracturas, quemaduras o amputaciones

b) Maltrato emocional

Este tipo de maltrato infantil se caracteriza por conductas de abandono, entre otras, no mostrar afecto ni reconocimiento a los logros del niño mediante crítica y constante burla de sus aptitudes o de sus errores y equivocaciones infantiles y ridiculización de sus acciones.

Entre las principales formas de abuso psicológico están: amenazar con el abandono o daño si el niño no cumple con las expectativas de los padres, falta de disponibilidad psicológica de los padres hacia el menor. Los padres evitan que el niño mantenga y aproveche las oportunidades normales de relación social de manera positiva y activa y no socializar, por ejemplo, al exigirle un papel de adulto, al demandar conductas o actividades inapropiadas para la edad del niño.

c) Maltrato sexual

El abuso sexual se define como cualquier actividad sexual que involucra a un niño, el cual es incapaz de dar su consentimiento. Al menos 75% de las víctimas son niñas y hasta 50% tiene entre seis y 12 años. La mayoría de los causantes del abuso son varones conocidos del menor, el padre está implicado en 25% de los casos. Aproximadamente 5-10% de los niños que sufren abuso sexual adquieren una ETS. Las víctimas de un abuso sexual pueden presentarse con una gran variedad de sintomatología médica. A veces acuden para evaluación específica de un abuso sexual o pueden acudir al Servicio de Urgencias por un problema médico o de comportamiento.

- Lesiones en el área genital o anal de aparición súbita o tardía.
- Enfermedades de transmisión sexual (gonorrea, sífilis, condilomas e infecciones por virus de la inmunodeficiencia humana).
- Historia detallada de un encuentro sexual con un adulto.
- Exceso de curiosidad sexual o alguna forma de masturbación.
- Aparición reciente de pesadillas, fobias, aislamiento social o súbito descenso en el rendimiento escolar.
- Embarazo no previsto.
- Hematuria, dolor a la defecación, leucorrea, hemorragia transvaginal.^{6,4}

d) Negligencias

La negligencia es la forma de maltrato que consiste en el fracaso repetido por parte de los padres, cuidadores o de las personas responsables del cuidado de un niño/a, para proporcionarle los estándares mínimos de alimentación, vestido, atención médica, educación, seguridad y/o afecto, es decir, la satisfacción de sus necesidades básicas tanto físicas como

emocionales. Pueden constituir negligencia física: el abandono o expulsión del niño de la casa; la ausencia de supervisión; el fracaso en proporcionar cuidados necesarios a la salud; las condiciones de insalubridad severas en el hogar o de higiene personal en el niño y la nutrición o vestimenta inadecuadas. La desatención a las necesidades emocionales del niño.⁸

e) Abuso prenatal

La mujer usuaria de drogas se encuentra embarazada, se genera una agresión al producto in útero, lo que en el ámbito del Síndrome del niño maltratado (SNM) o Maltrato infantil (MI) se designa como Abuso fetal (AF).

El abuso o maltrato fetal es cualquier acto que de manera intencional o negligente afecte al producto de la gestación en cualquiera de sus etapas de desarrollo, puede causarlo directamente la madre, el médico o alguna persona que tenga injerencia con el embarazo.

La utilización de drogas ilegales y/o legales por parte de la mujer embarazada conlleva una situación de alto riesgo para la madre, el feto y el recién nacido (RN).

La droga consumida por la mujer embarazada puede repercutir en el crecimiento fetal normal, en la adaptación adecuada del RN a la vida extrauterina o, incluso, en el normal desarrollo posterior del niño. El daño al feto y al RN puede producirse a través de cuatro mecanismos: morbilidad por intoxicación, morbilidad por supresión, morbilidad por modo de uso de la droga y morbilidad por modo de vida de la madre.

Frecuentemente la embarazada consumidora de drogas no utiliza una sola sustancia, sino que con frecuencia asocia otras drogas, consume tabaco y alcohol, está mal alimentada, padece alguna infección, en las que destacan la Hepatitis B, Hepatitis C, infección por virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) y lleva un control médico prenatal deficiente.⁹

f) Síndrome de Munchausen.

En este síndrome, la enfermedad de un niño se simula en forma persistente y secreta (se miente o se engaña acerca de ella), o es producida por alguno de los padres o persona muy próxima.

El niño es llevado en forma reiterada para recibir ayuda y cuidado médico. El resultado de lo anterior es una cantidad de procedimientos médicos, tanto de diagnóstico como terapéuticos.

Cuando se utiliza el término “simulada”, nos referimos a que la madre miente acerca de los síntomas del niño. Por ejemplo, la madre informó en varias ocasiones acerca de episodios de rigidez, temblores o un nivel de pérdidas del conocimiento en su hijo, cuando en realidad nunca ocurrieron. También puede relatar al pediatra que su hijo tiene hematuria, y presentar para el análisis de sangre una muestra que ella misma contaminó con su propia sangre menstrual. Cuando se utiliza el término “producida” nos referimos a que la madre en forma secreta interfiere en el organismo del niño con el objetivo de producir síntomas o signos, por ejemplo, a través de una sofocación subrepticia, o de la administración de medicamentos o sustancias no recetadas e innecesarias, cuya cantidad no está determinada.^{10,11}

6. Tratamiento

El SMI necesita de un adecuado tratamiento integral que debe ser iniciado rápidamente. Los niños con sospecha de abuso físico no deben ser dados de alta sin tener aseguradas condiciones de protección para evitar un segundo abuso.

El niño y sus hermanos en riesgo de abuso físico deben ser atendidos en hogares de familiares apropiados y en su ausencia en hogares especializados.

El ingreso hospitalario estará indicado en los siguientes casos:

- Aquellos que necesiten un tratamiento médico o quirúrgico de urgencia adecuado.
- Los casos dudosos.
- Cuando no existe otra alternativa, pues no existe de inmediato un lugar adecuado para su custodia.

Los hermanos por sospecha deben ser examinados dentro de las 24 horas de haber identificado el abuso.

7. Propósito

Estudios realizados sobre el seguimiento de los niños que son abusados y que retornan al hogar con sus padres, sin ninguna intervención, indican que el 5 % son asesinados y el 25 % severamente remaltratados. Con un tratamiento integral intensivo el 80-90 % de las familias pueden rehabilitadas capaces de brindar una atención al niño adecuada.

Aproximadamente el 10-15 % de las familias que maltratan, sobre todo aquellas con historia de abuso de sustancias, solamente pueden ser estabilizadas y requieren de un seguimiento indefinido, que incluya monitoreo de drogas, hasta que el niño sea suficiente de adquirir individualidad que le permita dejar el hogar.

El término del derecho de los padres y la adopción se hace necesario en 2-3 % de los casos.

Los niños con lesiones del sistema nervioso central, pueden desarrollar: retardo mental, problemas de aprendizaje, sordera, ceguera, problemas motores, daño cerebral orgánico, convulsiones, hidrocefalia y ataxia.

El estado emocional del niño abusado incluye: temor, timidez, miedo, agresión, sobre- vigilancia, negación, falta de confianza, baja autoestima, delincuencia juvenil y consumidores de drogas, alcohol y otras.

Un tratamiento no adecuado puede convertir al niño en un bravucón, en un delincuente juvenil, en un adulto antisocial y violento que abusa a su familia y una nueva generación de abusadores.⁶

8. Conclusión

La principal preocupación del médico debe ser hacer el diagnóstico correcto para que él pueda instituir la terapia adecuada y asegurarse de que un evento similar no vuelva a ocurrir. Él debe informar posible trauma intencional al departamento de policía o servicio social. El informe que se hace debe ser restringida a los resultados objetivos que se puedan verificar y, si es posible, debe ser apoyado por estudios y radiografías. Para los pacientes hospitalizados, el director del hospital y el departa-

mento de servicios sociales deben ser notificados. En muchos estados el hospital es también requiere reportar cualquier caso de posible lesión inexplicable a las autoridades correspondientes, el médico debe familiarizarse con las instalaciones disponibles en organismos públicos y privados que proporcionan servicios de protección para los niños. Estos incluyen a los niños% las sociedades humanas, divisiones de los departamentos de bienestar social, y las sociedades para la prevención de la crueldad con los niños.¹² Estos, así como el departamento de policía, mantener una estrecha relación con el tribunal de menores. Cualquiera de estos organismos puede ser de ayuda para llevar el caso ante el tribunal que el único que tiene el poder legal para sostener una petición de dependencia para la separación temporal o permanente del niño de la custodia de los padres. Además de la investigación legal, por lo general es útil para tener una evaluación de los factores psicológicos y sociales en el caso; esto se debe iniciar mientras el niño está todavía en el hospital. Si es necesario, una orden judicial debe ser obtenida de manera que dicha investigación se puede realizar.^{13, 14}

En muchos casos el pronto retorno del niño a la casa está contraindicada debido la amenaza de que un trauma adicional ofrece a la salud y la vida del niño. Colocación temporal con familiares o en un hogar de acogida bien supervisado menudo se indica con el fin de evitar una mayor lesión en el menor o la muerte trágica de un niño que se volvió demasiado pronto para el medio peligroso original. Con demasiada frecuencia, a pesar del aparente cooperativismo de los padres y su aparente deseo de tener al niño con ellos, el niño regresa a su casa sólo para ser asaltado de nuevo y sufrir daño cerebral permanente o la muerte. Por lo tanto, el sesgo debe ser a favor de la seguridad de los niños; todo lo que se debe hacer para prevenir traumatismos repetidos.

9. Bibliografía

- [1] Mojarro M, Marchetti R “Guía para el diagnóstico presuntivo del maltrato infantil juvenil” 1era edición, México, 2006.
- [2] Patitó J “Medicina Legal” Argentina 2000.
- [3] Lago G y col. “Síndrome de maltrato infantil” Artículo en internet, PRECOP SCP- ascofame [citado el día 15 de mayo de 2015] Disponible en: http://www.scp.com.co/precop/precop_files/modulo_5_vin_2/32-53%20Sindrome%20Maltrato%20Inf.pdf
- [4] Guerrero M, Delgado F “Clasificación actual del síndrome del niño maltratado# Rev hosp jua mex 2012; 79 (1): 43-47.
- [5] Castro D y col. “síndrome del niño maltratado” Intramed JOURNAL. Laboratorio de investigación de cirugía, ortopedia y traumatología” A.H.U.L.A. Mérida-Venezuela. Consultado el día [15 de mayo de 2015] Disponible en: http://journal.intramed.net/index.php/Intramed_Journal/article/viewFile/280/120
- [6] Fernandez G, Perea J “Síndrome del maltrato infantil” Artículo de revisión del hospital de pediátrico universitario Juan M Marquez. [Citado el día 15 de mayo de 2015] Disponible en: http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/rehabilitacion-temprana/sindrome_de_maltrato_infantil.pdf
- [7] Lachica E “Síndrome del niño maltratado: Aspectos médicos y legales” CUADMCDP Forense 2010; 16 (1-2) 53-63.
- [8] Azaola E “maltrato, abuso y negligencia contra menores de edad” Artículo de internet [Citado el día 15 de mayo de 2015] Disponible en: http://www.uam.mx/cdi/pdf/seminario_chw/01_2.pdf
- [9] Fajardo F, Olivas M “Abuso fetal por consumo materno durante el embarazo” Bol Clon Hosp infantil Edo. De Son. 2010, 27 (1): 9-15.
- [10] Rosemberg D “Síndrome de Munchausen por poderes” artículo de internet del centro médico de la Universidad de Denver Colorado, del departamento de pediatría. [Citado el día 15 de mayo de 2015] Disponible en: <http://www.sids.org.ar/archivos/munchausen.pdf>
- [11] Cerda F y col. “Síndrome de Munchausen” Cuad Med Forense, 12(43-44), Enero- Abril 2006
- [12] Parrish R “Battered Child Syndrome: Investigating physical abuse and homicide” US Department of justice. December 2002.
- [13] Kempe H, y col. “The Battered Child syndrome” Child abuse deneglect Vol. 9 143- 154, 1985.
- [14] Medicinenet “Battered Child Syndrome” artículo de internet [citado el día 15 de mayo de 2015] disponible en: <http://www.msdt.k12.in.us/fh/wp-content/uploads/2013/04/Battered-Child-Syndrome.pdf>
- [15] CITAS PROVERBIOS [citado el día 15 de mayo de 2015] Disponible en: <http://www.citasyproverbios.com/cita.aspx?t=E1%20medio%20mejor%20para%20hacer%20buenos%20a%20los%20ni%C3%B1os%20es%20hacerlos%20felices>.