

ASPECTOS CLÍNICOS DEL MALTRATO INFANTIL

CLINICAL ASPECTS OF CHILDREN MALTREATMENT

Enrique Casado de Frías

Académico de Número de la Real Academia Nacional de Medicina de España - Pediatría

Palabras clave:

Maltrato infantil.

Keywords:

Child maltreatment.

Resumen

El maltrato infantil (MT) es un grave problema, frecuente y de importantes consecuencias. Que afecta al mundo entero en sus muy variadas formas, desde la más remota antigüedad hasta el momento actual. Se describen algunas de sus más frecuentes manifestaciones y consecuencias, así como los rasgos principales de los agresores y de las víctimas.

Abstract

Child maltreatment is a major and frequent clinical problem, with outstanding consequences. It has developed around the world since the most early history till present days. Herein some of its usual patterns and results are shown, as well as main features of victims and aggressors.

INTRODUCCIÓN

El maltrato infantil (MT) es un problema pediátrico de enorme importancia. Por su frecuencia, por sus múltiples formas de expresión y por sus consecuencias inmediatas y a largo plazo.

Consideramos el MT infantil como toda agresión, abuso, negligencia, desconsideración, desatención o abandono, no accidentales, que repercuten en la vida, en el desarrollo psicofísico y en el bienestar personal, familiar y social del niño.

Aunque el MT es tan antiguo como el mundo y sigue existiendo en nuestros días, la Pediatría no se ha ocupado formalmente del mismo hasta épocas muy recientes, concretamente hasta 1962, en que Kempe y sus colaboradores (1) publicaron en la revista JAMA un artículo titulado "El síndrome del niño apaleado". En realidad se trataba de una referencia al MT físico de los niños. Desde entonces la consideración de este problema, el MT, ya no se circunscribe a la agresión física, sino que se contemplan muchas otras vertientes: la emocional, la sexual, el abandono, la desatención, la ausencia de cuidados, etc. (2). De todo ello se ha ocupado la bibliografía pediátrica, si bien, principalmente, de los aspectos causales, clínicos, y de las posibilidades preventivas que pueden ser aplicadas – Adicionalmente debe señalarse que existe una muy abundante literatura elaborada por sociólogos y políticos en la que se pone especial atención en los problemas epidemiológicos. Respecto de éstas cuestiones se observa que su frecuencia es muy elevada, y su prevalencia, cada vez mayor. Así, nuestro Ministerio de Sanidad manifestaba que en un próximo pasado año el número de casos anuales fue de 13.318, de los que 5730 fueron graves; el 55% tuvieron lugar en varones, excepto los de natura-

leza sexual, en los que el número de niñas duplicó al de varones. Respecto a la edad de los niños afectados, la proporción de los menores de 5 años supera el 7%, y más o menos la mitad de los mismos son menores de 1 año.

MANIFESTACIONES CLÍNICAS Y SOCIALES

Las manifestaciones clínicas y sociales de los MT, sus características y su expresión son múltiples y variables. Sucesivamente nos iremos ocupando de algunas de ellas.

1.-Asesinato: Ya de antiguo, el maltrato se manifiesta de un modo violento y atroz. Nada menos que, por circunstancias diversas, asesinando a los niños. Tal era lo que sucedía en Esparta con los niños débiles o defectuosos, a los que el Consejo de Ancianos mandaba despeñar o abandonar en el monte Tajeto, por el bien del Estado y del propio niño, se decía. Pero en la misma Grecia decía Aristóteles, IV siglos antes de Cristo, que "un hijo o un esclavo son propiedad y nada de lo que se hace con la propiedad es injusto". Recordaré, por último, aunque muchos otros ejemplos pudieran ser invocados, lo que sucedió en Palestina, en los días en que nació Cristo, con los llamados inocentes, por obra de Herodes.

Pero esto que ocurría en la antigüedad, de un modo u otro, ha continuado hasta hoy. Tal, quizás, se producía en el siglo XV, donde en una obra pictórica (3) se muestra a varias mujeres arrojando niños pequeños a las aguas del Tíber, en Roma, para que se ahogaran. Pero, si esta imagen puede suscitar dudas respecto a su realidad, no cabe sino aceptar lo que sucedía en España por esas fechas, y en otros países, en los que los niños eran salvajemente abandonados en

Autor para la correspondencia

Enrique Casado de Frías

Real Academia Nacional de Medicina de España

C/ Arrieta, 12 · 28013 Madrid

Tlf.: +34 91 159 47 34 | E-Mail: secretaria@ranm.es

forma tal que la muerte del niño se producía con frecuencia. De todo ello hay constancia a través del estudio de archivos históricos. Tal es lo que hizo y publicó en su libro "La sociedad española del Renacimiento" D. Manuel Fernández Álvarez (4), Catedrático de Historia de la Universidad de Salamanca. Recoge hechos ciertamente escalofriantes. A la sazón los niños eran frecuentemente abandonados en la calle, en la ciudad de Salamanca. Unas veces como consecuencia de la pobreza, y otras muchas por el equívoco sentido del honor de la familia que existía en España y en otros países, donde cuando una mujer tenía un hijo fuera del matrimonio, el honor de la familia quedaba conculcado. Para evitar el conocimiento social de tal acontecimiento, el recién nacido era abandonado.

2.-Abandono. Como acabo de decir, los niños eran abandonados en Salamanca (igualmente en otros sitios), con gran frecuencia. Unas veces en la puerta de una iglesia, con la esperanza de que una persona piadosa recogiera al pequeño, pero muchas otras veces no era así, y el niño era abandonado en el suelo en plena calle. A los riesgos de la intemperie, especialmente severa en aquella ciudad, había que añadir otros, aún más temibles. Fernández, en su libro, describe, como, en alguna ocasión, se constató que ciertos niños fueron devorados por perros, y en otro caso por cerdos (téngase presente que, en aquel entonces, los cerdos pululaban libremente por las calles y ello, no solamente en Salamanca, sino en el mismo Madrid). La tristeza y el horror de estas incidencias condujeron a la creación, en Salamanca, de la Cofradía de San José y de Nuestra Señora de la Piedad; venía a ser una institución con objetivos similares a las Inclusas, que ya venían siendo creadas en muchos países, entre ellos España. Gracias a estas instituciones, el abandono del niño en la calle podía ser evitado, entregándolo para su custodia y cuidado a las mismas. Pero dos problemas esenciales existían. El primero de ellos era evitar que se conociese a qué familia pertenecía el niño abandonado; así el honor de aquella no quedaba mancillado. Esto se conseguía mediante varios recursos: que la entrega del niño se realizara en horas nocturnas, en las que, lógicamente, no habría testigos, y en que se hiciera a través de un torno, lo que no permitía a las personas ubicadas en el interior de la institución, saber quienes eran las personas que, en cuestión, transportaban al pequeño. La consecuencia de estos hechos era que el niño viviría toda su existencia carente del calor familiar. Pero muy triste y lamentable ha sido que el torno haya venido siendo utilizado por muchas familias, que han deseado emplear este medio para el abandono. En realidad, el torno ha estado presente en las inclusas hasta épocas relativamente recientes. Concretamente, en la de Madrid, el torno se suprimió en el primer tercio del siglo pasado por su Director, D. Juan Antonio Alonso Muñozerro, en fecha casi coincidente con el traslado de la institución desde la calle de Mesón de Paredes a su actual emplazamiento en la de O'Donnell.

El segundo problema de las inclusas fue el de la subalimentación de los niños.

3.- Subalimentación. Hasta épocas recientes, la alimentación de los niños recién nacidos y lactantes jóvenes, prácticamente sólo se podía hacer con leche de

mujer. No disponiendo de la misma, la supervivencia de los muy pequeños resultaba sumamente comprometida. La deficiencia de la misma, frecuente de hecho en casi todas las inclusas, ocasionaba graves estados de malnutrición, circunstancia, a su vez, determinante de múltiples infecciones. Los resultados finales de los niños que ingresaban en aquellos centros, en su gran mayoría sin sus madres, fueron espeluznantes. Hubo momentos en que en alguno de ellos la mortalidad de los niños fue del 100 por 100 (5).

Así sucedió por ejemplo en la inclusa de Rouen, en Francia, de la que disponemos información del siglo XVII (3); en ella, de 132 niños ingresados, solo sobrevivieron 5.

Dos tipos de soluciones se aplicaron para aliviar el problema de la subalimentación en aquellas instituciones. La primera fue que, contraviniendo el papel que desempeñaba el torno, se procuró que los niños ingresaran en aquellas acompañados de sus madres; de esta forma se garantizaba la alimentación del hijo y, al mismo tiempo se confiaba a cada una de ellas la alimentación de un segundo niño, totalmente huérfano, al que también le diera de mamar; ya se puede suponer cual era la cuantía del suministro lácteo que se proporcionaba al adoptivo. Ante los frecuentes fracasos del sistema se procuró, experimentalmente, observar si algún tipo de animal podría ser útil para la alimentación de los niños que ingresaban a través del torno. En Francia, en concreto, se hizo alguna interesante investigación al respecto, utilizando leche de diferentes mamíferos. Fue la de burra la que produjo mejores resultados. Por cierto, que se consideraba indispensable, para tener éxito, que el niño mamara directamente de las ubres de la burra. Los resultados de uno y otro método no fueron óptimos, ni mucho menos. Ya ha quedado reflejado más arriba el resultado final de las supervivencias.

A este capítulo de la subalimentación y malnutrición de los niños en las inclusas, es necesario añadir el que se ha venido produciendo hasta épocas muy próximas en niños que vivían con sus familias. La pobreza de estas, su frecuente ignorancia, y la desatención de los pequeños fueron el origen de enormes malnutriciones. Y ello fue muy frecuente hasta muy avanzado el siglo pasado. En esos años, junto a la patología infecciosa, constituían el problema mayor de la Pediatría. Era lo que se describía como "Trastornos nutritivos crónicos", con sus dos categorías, según la severidad, como distrofia y atrofia. Unas veces, cuando el cuadro era la consecuencia de un insuficiente aporte proteico y calórico por la dieta, se originaba un cuadro de grave malnutrición y retraso en el crecimiento. Otras veces, y cuando la alimentación era casi exclusivamente hidrocarbonada, el cuadro clínico resultante era el de un edema generalizado; era lo que se definía como distrofia farinácea.

4.- Desconsideración. Es evidente que la desatención de la Sociedad hacia la infancia no se ha circunscrito al tema nutricional. Pueden citarse múltiples ejemplos de MT. Algunos, llamativos, son los que se relacionan con la vacunación antivariólica. Así sucedió con el primer vacunado por Jenner; tenía que ser un niño, del que sabemos su nombre, James Phillips; fue un auténtico experimento.

Aparte de lo anterior podrían citarse muy varios casos de desatención. De algunos hemos estado muy orgullosos en España. Es el de haber llevado a la Nueva España, hoy día Méjico, la vacuna antivariólica. Habiendo fracasado la conservación de la vacuna entre unos cristales, se consideró que la mejor forma de transportarla hasta las Indias, sería manteniendo vacunados algunos individuos desde el inicio del viaje y a lo largo del mismo; de este modo, cuando las lesiones vacunales de estos sujetos se hallaban en fase de pústula, el contenido de esta se utilizaría como producto vacunal en otro sujeto que compartía viaje. Este transporte de la vacuna exigía varias inoculaciones a lo largo de la travesía. Para tales efectos se necesitaban abundantes individuos susceptibles de ser vacunados durante la misma. El problema se resolvió reclutando niños inocentes procedentes de las incluidas de Madrid y de La Coruña; realmente fue una tristísima solución y un magnífico ejemplo de desconsideración a la infancia.

Pero otras actuaciones, deplorables como estas, no sólo se han producido en tiempos pretéritos. Sino también en época bien reciente, en la hemos asistido a una de las más graves transgresiones a la ética personal y profesional. Me refiero a los llamados “experimentos” de Krugman (6). Este pediatra americano, de renombre mundial, fue autor de un libro de patología infecciosa en la infancia, magnífico, que hemos estudiado con gran interés la mayoría de los pediatras. Es sorprendente que este singular pediatra, que trabajaba en un colegio estatal, el Willobrook, para niños subnormales, se dedicara a inocular el virus de la hepatitis a estos pequeños, con el objeto de obtener una gamma globulina específica que, elaborada por ellos, sería posteriormente utilizada en niños normales que se hallaran afectados de hepatitis.

5.- Desatención psicológica. Otra forma de MT es el originado por la desatención psicológica del niño (7), también definida como el MT emocional. Implica el aislamiento, el ignorar al niño, el reprenderlo constantemente, el no mostrarle afecto. Sus consecuencias pueden ser múltiples: Disminución de su propia estimación, pérdida de confianza en sí mismo, decaimiento, además de posibles repercusiones físicas, como puede ser la detención del crecimiento. Este último rasgo es definido como el nanismo de origen psico-social. En general es un cuadro que se presenta fundamentalmente en familias conflictivas en las que las relaciones afectivas entre la madre y el hijo, principalmente, se hallan comprometidas. En numerosos casos el aporte de nutrientes al niño es suficiente, no apreciándose otra deficiencia entre los miembros familiares que la afectiva. Esta circunstancia suele ser muy notoria. Repetidamente se ha observado en estos casos, que cuando el niño es ubicado en otro ambiente afectivamente más cálido, el crecimiento del pequeño, que estaba prácticamente detenido, se incrementa de forma sensible en breves periodos de tiempo. No siempre está claro cual es el origen fisiopatológico del problema; si lo está cuando hay una restricción alimenticia; pero ello no es constante. Cabe la posibilidad de que el proceso sea debido a una deficiente producción de hormona de crecimiento. No obstante, personalmente hemos observado algún caso en el que la producción de aquella era normal. En consecuencia no tengo claro cual es el mecanismo original del problema.

6.-Negligencia e ignorancia. La ignorancia, la negligencia y el descuido pueden ser causa de importantes y diversos problemas; tales son, por ejemplo, las distorsiones alimenticias y de la actividad física que conducen a obesidades, en ocasiones, fantásticas.

Igualmente son trascendentes aquellos casos de pacientes que afectados de patologías diversas, a veces muy importantes y que disponen de efectivos tratamientos, no han sido sometidos a terapia alguna; casos, por ejemplo, he podido observar en hipotiroideos adolescentes que pese a su retraso de crecimiento, a su dismorfia y a su retraso mental jamás recibieron hormona tiroidea. Igualmente espectacular fue el problema de una niña que afecta de hiperplasia suprarrenal congénita llegó a su adolescencia con horribles deformidades genitales y un fantástico hirsutismo, sin que nunca, a lo largo de toda su vida, recibiera tratamiento alguno. Múltiples otros ejemplos podrían ser invocados.

7.-Abuso sexual. El abuso sexual es otra de las formas actuales de MT más comunes. Tiene muy variadas modalidades que van desde una simple exhibición de genitales hasta casos de penetración oral, vaginal y rectal. El agresor, con la mayor frecuencia, es el padre o un hermano, cuando la víctima es una niña, si bien también se produce por personas ajenas a la familia. Aunque estas agresiones pueden ir seguidas de una sintomatología funcional o física, la realidad es que esta no suele estar presente en más del 25% de los casos. Su expresión clínica es muy variable: eritema, secreción, hemorragia, disuria y enuresis en los casos femeninos, y encopresis en los de penetración rectal en ambos sexos; psicológicamente puede observarse ansiedad, fobias, agresividad, depresión, etc.

8.-Agresión física. Finalmente ha de mencionarse la agresión física (8,9). Personalmente, cerca del 90% de los casos que he podido observar se han producido en niños menores de 6 años de edad, y muchos de ellos menores de 1 año de vida. El agresor ha sido casi siempre un familiar (el padre, la madre, padrastros, amigos sentimentales de la madre, cuidadoras, etc.).

El tipo de lesiones que hemos podido observar es muy diverso; desde pequeños hematomas o irregulares alopecias por tirones de pelo, hasta un caso de muerte.

En caso de hematomas, el MT debe ser sospechado cuando se localizan en las mejillas, en la espalda y en las nalgas de un niño que todavía no anda, y que no ha podido, por ejemplo, caerse por unas escaleras. Igualmente, cuando se observan en el abdomen, especialmente si se trata de un lactante, o aquellos localizados en el cuello. A estos hematomas se los ha denominado como “hematomas centinelas” (10) porque deben hacer sospechar el MT y facilitar el que se puedan adoptar medidas adecuadas.

Por supuesto que el diagnóstico es muy fácil cuando el grado de las lesiones es de tal magnitud que solo una deliberada agresión ha podido producirlas: fracturas, cicatrices de flagelación, lesiones en muy diversas localizaciones, etc. En un caso pude asistir al fallecimiento de un niño a consecuencia de haber recibido un traumatismo craneal.

CARACTERÍSTICAS DE LOS AGRESORES Y DE LAS VÍCTIMAS

Interesante es el señalar las características de los agresores y de las víctimas.

Aunque las características de los agresores pueden ser muy diferentes de unos a otros, a menudo se trata de personas hostiles, agresivas, que se enojan fácilmente, exigentes con el niño, al que consideran responsable de todo lo que sucede y que es merecedor, por tanto, de su desatención y de sus agresiones; son apáticos y desinteresados de todo lo que le sucede al pequeño, al que consideran como una carga que tienen que soportar; una carga que no es digna de su afecto ni de su dedicación. Es frecuente que sean adictos al alcohol y a drogas, y que tengan problemas socio-económicos. Finalmente indicaré que a menudo destaca entre sus antecedentes que el agresor mismo, cuando niño, fue objeto de MT.

En cuanto a las víctimas, unos son agresivos, rebeldes, hiperactivos y ansiosos, mientras que otros son apáticos, tímidos o nerviosos, considerándose a sí mismos como malos y revoltosos, teniendo una baja autoestima y gran falta de confianza. Por último, debe señalarse que alguno de estos niños puede hallarse afecto de una patología física o mental, y si ella implica que tengan frecuentes llantos, podría ser un factor determinante más a tener en cuenta.

CONCLUSIONES

Concluiré señalando que en el MT deben ser consideradas sus posibles consecuencias (11,12). En los niños pequeños, son las lesiones físicas y el mal rendimiento escolar las más frecuentes. Junto a ellas, son también habituales las tristezas, el aislamiento, el nerviosismo, el rechazo a la madre, los trastornos del sueño y problemas varios con la comida y con el control de los esfínteres.

Por lo que se refiere a mayorcitos y adolescentes son muy comunes la tristeza y la depresión, así como el considerarse rechazados. No son raras en ellos las fugas y las autolesiones, la comisión de actos delictivos y comportamientos violentos. Suelen, además, ser proclives al consumo de alcohol y drogas.

BIBLIOGRAFÍA

1. Kempe HC, Silverman NF, Steele BF et al. The battered baby syndrome. JAMA 1962; 181:105-112.
2. Dubowitz H, Leventhal JM. The pediatrician and child maltreatment: principles and pointers for practice. *Pediatr Clin N Am* 2014; 61(5): 865-871.
3. Huard P, Laplane R. Histoire de la Puericulture. Paris. Roger Dacosta. 1979
4. Fernández Álvarez M. La sociedad española del renacimiento. Salamanca. Ed. Anaya. 1970
5. Matos Aguilar J. La inclusa que yo viví. Comunidad de Madrid, 2016.

6. Peiré García M^a A. Farmacología pediátrica. Barcelona. Gráficas Rey. 2018.
7. Claussen AH, Crittenden PM. Physical and psychological maltreatment. *Child Abuse Negl* 1991; 15:5-18.
8. Gershoff E T. Punishment by parents and associated child behaviors and experiences a meta-analytic and theoretical review- *Psychol Bull* 2002; 128:539-579.
9. Starling SR, Sirotnak AP, Heisler KW et al. Inflicted skeletal trauma: the relationship and perpetrators to their victims. *Child Abuse Negl* 2007; 31:993-999.
10. Petska HW, Sheets LK. Subtel findings and physical abuse. *Ped Clin N Am* 2014; 923-935.
11. Malinosky-Rummel R, Hansen DJ. Long-term consequences of childhood physical abuse. *Psychol Bull* 1993; 114(1):68-79.
12. Veltman MWM, Browne KD. Three decades of child maltreatment research: implications for the school years. *Trauma Violence Abus* 2001; 2(3):215-239.

DECLARACIÓN DE TRANSPARENCIA

El autor/a de este artículo declara no tener ningún tipo de conflicto de intereses respecto a lo expuesto en la presente revisión.

Si desea citar nuestro artículo:

Casado de Frías E.

Aspectos clínicos del maltrato infantil

ANALES RANM [Internet]. Real Academia Nacional de Medicina de España;

An RANM · Año 2018 · número 135 (03) · páginas 238-241

DOI: <http://dx.doi.org/10.32440/ar.2018.135.03.rev05>