

## ACERCA DEL SINDROME DEL NIÑO MALTRATADO

Por JORGE CARMONA CHAVEZ\* y JORGE CASTRO MORALES\*\*

### RESUMEN

*Tomando en consideración la marginalidad del síndrome del niño maltratado en los manuales de clasificación y diagnóstico de trastornos del niño, así como su desconocimiento o nula presencia en la literatura médica nacional, se hace una revisión de sus bases conceptuales, de los criterios diagnósticos en uso y su identificación indirecta a través de algunos datos estadísticos y como resultado de procesos que perturban el entorno familiar y las relaciones de niños y padres. Se aportan finalmente algunos consejos y recomendaciones para el abordaje de este problema.*

### SUMMARY

*The battered child syndrome is ill-defined in diagnostic and classification manuals. Departing from this reality and its scarce presentation in the national medical literature, we make a review of its conceptual framework, diagnostic criteria and the identification of the syndrome through certain statistical data and side-effects of current disturbances of the family setting as well as the parent-child interaction. Finally, we give basic counseling and pointed out recommendations in regards to this problem.*

**PALABRAS - CLAVE:** Niño maltratado, padres abusadores, abuso sexual

**KEY WORDS:** Battered child, abusing parents, sexual abuse.

---

\* Neurólogo, Hosp. Reg. Cayetano Heredia, Piura Prof. Aux. Facultad de Medicina, Universidad Nacional de Piura.

\*\* Psiquiatra, Ex-Jefe del Dpto. Académico de Psiquiatría de la Universidad Peruana Cayetano Heredia, Lima

### INTRODUCCION

El estudio del problema del niño maltratado en nuestro medio ha seguido dos líneas que debiendo ser convergentes lo han mantenido en planos diferentes.

De un lado, la aproximación médica, que ha tendido a relegarlo a un tema accesorio, poco conocido y potencialmente conflictivo, dadas sus repercusiones legales. Quizás la expresión más evocadora de esta actitud sea que pese a que el Síndrome fuera reconocido por la OMS como entidad diagnóstica en 1979 (ICD-9), en la última versión de su clasificación internacional de enfermedades (ICD-10) figura relegado al código T 74, referido a síndromes por maltrato y que el caso específico del abuso de los niños sea un ítem más (no especificado en otra parte) del numeral T 74.1 dedicado al *abuso físico*.<sup>23</sup>

Esto significa que un síndrome largamente descrito y reevaluado<sup>8, 11, 16</sup> tiene todavía un interés marginal en los criterios de la nomenclatura médica mundial.

Ya en la década de los 40, JUFRY encontró los primeros casos en lactantes que tenían fracturas múltiples de huesos largos asociados a hematoma subdural crónico. Posteriormente, SILVERMAN postuló el maltrato como causa de las lesiones y le correspondió a KEMPE darle el nombre al síndrome e iniciar la difusión del conocimiento del mismo a partir de 1962.

Sin embargo, sus originales descripciones no incluían los aspectos psiquiátricos que involucraban tanto la conducta de quienes abusaban del niño cuanto las secuelas que en el mismo se generaban a partir de los maltratos inflingidos. Es gracias a la revaloración de la noción de vínculo (*attachment*) que en la DSM- III-R<sup>2</sup> se incluye el código 313.89 para el diagnóstico de "Trastorno reactivo del vínculo de la infancia o la niñez temprana" para el caso de niños que han padecido por abandono/negligencia, abuso sexual o castigos.

Se delimita así un concepto de síndrome de niño maltratado que se refie-

re al abuso físico, emocional y/o sexual en un niño practicado por un adulto.

Pero esta definición, con ser más aproximada al contexto psico-social y familiar del problema, no llega a establecer el contacto que se necesita para comprender a cabalidad una temática que discurre por los meandros de la conceptualización del niño y su valor en una sociedad en crisis como la peruana. Después de la declaración de los derechos del niño en 1959, la consagración del año internacional del niño en 1979 y la reunión de múltiples cónclaves internacionales para refrendar estos derechos, en el Perú el maltrato o abuso del niño son asuntos comunes y consustanciales a los estilos de vida de la pobreza y la anomia en que estamos sumidos. Los datos de la organización Rádda Barnen<sup>18</sup> son expresivos de por sí:

- Se calcula que entre 800 mil y un millón de niños de 6 a 14 años trabajan en las zonas urbanas y campesinas del Perú. Esto corresponde al 5.6% de la PEA.
- Entre 1980 y 1990 se estima en 50 mil los niños huérfanos y en 100 mil los desplazados. En la misma década, se calcula en 60 mil las familias migrantes por la fuerza.
- En los últimos tres años, 1924 niños quedaron lisiados como producto de la guerra interna que vive el país.
- En Ayacucho, 6 mil niños se encuentran en abandono total o parcial.
- Según el Ministerio de Defensa, en 1989 Sendero Luminoso contaba con 3 mil niños combatientes; el MRTA con 2 mil.

Aún cuando existen dispositivos legales para la notificación de estos casos, nuestra experiencia en la atención de

niños de una zona urbano-marginada de Lima (Cono Norte) permite concluir que no hay datos epidemiológicos confiables en cuanto al número de violaciones o actos incestuosos que involucran a los niños de la zona y otro tanto se podría decir de los casos reportados como fracturas "accidentales" en los centros de salud y el hospital general de la localidad.

### ANALISIS DESCRIPTIVO

Tomando en cuenta lo anteriormente señalado, se describe las cuatro primeras categorías de la Tabla 1, la que se obtuvo de una casuística recopilada por F. JIRKA en 1982 con un total de 929,000 casos reportados.<sup>14</sup>

**TABLA 1**

#### INCIDENCIA DE MALTRATO INFANTIL SEGUN TIPOS\*

Abandono y/o negligencia	62%
Abuso físico	24%
Maltrato emocional	10%
Abuso sexual	7%
Otras formas de maltrato	9%

\* Pueden coexistir dos o más en un mismo caso.

#### MALTRATO INFANTIL SEGUN TIPO ESPECIFICO

##### 1. Abandono

1.1 Abandono de tipo físico: Comprende el descuido sistemático y reiterado de las necesidades mínimas para el crecimiento y desarrollo orgánico del niño.

Se manifiesta por desnutrición, desaseo, descuido médico, retardo de crecimiento y psicomotor. La conducta para su detección tiene

que ver con el patrón de crecimiento y desarrollo.

1.2 Abandono de tipo emocional: Comprende la privación afectiva y la falta de estímulo social, necesarios para una maduración armónica e integral de la personalidad del niño.

Se manifiesta por un trastorno de conducta reactivo expresado por problemas de comportamiento, existencia de parasomnias, temores y fobias. Debe buscarse la causa del trastorno no precisamente en el niño sino en su núcleo familiar.

##### 2. Abuso Físico:

Resumimos los hallazgos del abuso físico en los dos siguientes tabulaciones.

Lesiones	%	Mecanismo
Equimosis	16	Presión y Tracción
Hematomas	50	Golpe moderado
Fracturas	3.3	Golpe moderado/severo
Violación	10	
Quemaduras	3.3	Ladrillo/cigarrillo
Lesiones Internas		Contusión abdominal
Escoriaciones		Hebilla del cinturón

##### Traumatismos

Cráneo	16.6%
Cara	13.3%
Torax	50.0%
Abdomen	13.3%
Pelvis	3.3%
Extremidades	96.6%

##### 3. Maltrato Emocional

Tal como lo precisa la DSM-III-R, las perturbaciones emocionales que pro-

vocan el abandono y/o negligencia, el abuso sexual y los castigos en los niños pueden derivar en un debilitamiento del lazo afectivo (*attachment*) que los debería unir con sus progenitores o quienes ejercen su tutoría.

De tenerse en cuenta que este lazo, en nuestro medio, se da prioritariamente con la madre, en tanto que la ausencia física o emocional del padre es preponderante, tal como lo señalan los estudios epidemiológicos hechos en Lima Metropolitana,<sup>12</sup> siendo inexistente muchas veces en las áreas rurales, en las que es notoria la orfandad.<sup>19</sup>

LUKIANOWICZ<sup>1</sup> describe a estos niños como apáticos, retraídos, silentes, con aspecto cansino, tristes y con un aire propio de una edad mayor a la que tienen.

Pueden también parecer desilusionados e inexpresivos. El miedo que la madre les infunde es evidente en la entrevista. Esto es significativo por la ya aludida composición de la familia urbana y porque en la casuística de STEELE y POLLOCK,<sup>1</sup> quienes estudiaron las características de los padres maltratadores, 50 correspondían a madres y 7 a padres. Estos fueron descritos como inmaduros, impulsivos, dependientes, sadomasoquistas, egocéntricos, narcisistas y exigentes. Apparently no tienen sentimientos de culpa por el maltrato inferido y LUKIANOWICZ llega a sostener que "la madre no intenta disimular su hostilidad y odio hacia el niño". Otros datos rescatables son los que aporta RABOUILLE,<sup>1</sup> quien en una serie de 67 casos encuentra prevalencia de alcoholismo marcada (46% en el padre, 16.4% en la madre y 11.9% en ambos), así como predominio de familias numerosas entre las que presentan este síndrome: 67.7% tenían 4 a 9 hijos. Como es ya conocido,

la familia numerosa y la permisividad frente al alcohol y sus secuelas (entre las que destaca el incesto) son características de la familia urbano-marginada. GALDSTON<sup>5</sup> señala que estos niños toleran muy fácilmente la separación de la familia, lo que abre importantes perspectivas acerca de las medidas correctivas que puedan aplicarse.

#### 4. Abuso sexual

Incluye las presiones físicas y psíquicas empleadas por un adulto en un niño, sobre quien ejerce una posición de poder, para tener actividad sexuales que la mayoría de las veces no comprende.

Tiene básicamente dos modalidades:

- a) Abuso sexual por un familiar o incesto, lo que implica doble connotación nociva sobre el niño, al verse obligado a realizar la actividad sexual y mantener en secreto dicho acto.
- b) Violación o relación sexual ilícita que entraña uso de la fuerza. Aquí tanto el temor por las amenazas y la vergüenza por el acto en sí constituyen los principales problemas a tener en cuenta.

Las manifestaciones más comunes en la conducta de la víctima tienen que ver con huida del hogar, enfermedades venéreas, accidentes, suicidio y embarazo.

#### FACTORES DE RIESGO

- Niño no deseado y/o rechazado
- Padres abusivos y descuidados

- Padres alcohólicos
- Problemas conyugales
- Problemas sociales y legales de uno o ambos padres
- Miseria y desnutrición
- Enfermedad psiquiátrica de los padres
- Relación madre-hijo perturbada.

#### CONDICIONES BÁSICAS PARA QUE SE PRESENTE EL SÍNDROME

1. La existencia de un familiar con potencial definido para el abuso y la violencia.
2. La existencia de un niño que usualmente exhibe "alguna conducta", que los familiares, justificadamente o no, la perciben como aversiva y que "requiere intervención" para su cambio.
3. Existencia de una situación estresante o incidental, que sirva como desencadenante.
4. La familia vive en una cultura en la que se practica y abusa del castigo corporal.

#### DETECCIÓN

Requiere un alto grado de perspicacia del profesional que recibe al niño maltratado, además de un conocimiento de las lesiones más frecuentes, así como de su mecanismo de producción.

Debe tenerse en cuenta al respecto:

1. La incoherencia entre la versión de los hechos contada por los padres o

tutores y las lesiones que presentan los niños, así como las múltiples causas que son atribuidas por el resto de la familia.

2. El temor y la duda evidente en el menor al momento de ser examinado.
3. Requerimiento tardío o a desgano de la atención médica que el niño requiere, por parte de los padres, lo que indica ocultamiento.
4. Presencia de lesiones recientes junto a heridas o cicatrices antiguas y en diferente grado de curación.

#### MANIFESTACIONES CLÍNICAS Y CONDUCTUALES DEL MALTRATO

1. En la salud general:
  - Lesiones recientes y/o tardías
  - Daño permanente (secuelas)
  - Daño cerebral (contusión y hematoma)
  - Muerte
2. En el desarrollo intelectual:
  - Altas tasas de retardo mental
  - Altas tasas de problemas del desarrollo temprano
  - Dificultad del aprendizaje
  - Retardo del desarrollo del lenguaje
3. Características de los comportamientos reactivos:
  - Sumisión
  - Hipervigilia
  - Temor
  - Actitud provocativa

- Hiperactividad
- Rasgos autistas
- Pobre imagen de sí mismo
- Baja autoestima
- Dramatización y hostilidad cotidiana
- Escapismo

#### ACTITUDES INCORRECTAS FRENTE AL MALTRATO INFANTIL

1. Actitud médica individualista, indiferente y no ética.
2. Desconocimiento del maltrato infantil en todas y cada una de sus variantes.
3. Falta de una Legislación clara y precisa.
4. Compromiso por "amistad" y encubrimiento de y con los padres por parte del médico.
5. Temor a las represalias y a ser visto como "conflictivos" por parte del médico.
6. Una equivocada actitud frente al derecho de confidencialidad, en el sentido de traicionarlo por notificar el maltrato.
7. Negligencia.

#### RECOMENDACIONES

1. Unificar los criterios de la valoración por parte del médico.
2. Estar alertas ante posibles maltratos, cuando los indicios no son claros.
3. Difusión del Síndrome del Niño Maltratado como una entidad médica a diagnosticar.
4. Otorgar responsabilidad civil para las personas que sabiéndolo, no denuncien el maltrato, en cualquiera de sus variantes e independientemente de la intensidad de éste.
5. Educar a los padres a fin de que no incurran en los siguientes errores, que según RUTTER son los más comunes:
  - 5.1 Castigos demasiados frecuentes.
  - 5.2 Incongruencia marcada entre los padres.
  - 5.3 Inconsistencia en las acciones disciplinarias.
  - 5.4 Inconsistencia entre la teoría y la práctica, o disciplina hipócrita.
6. Si todo lo anterior no surte efecto, ver de colocar al niño en un hogar sustituto.

### *R É S U M É*

En tenant compte de l'aspect marginal de ce syndrome dans les manuels de classification et de diagnostique des affections de l'enfant, ainsi que sa méconnaissance dans la littérature nationale; les auteurs ont fait une révision des bases conceptuelles, des critères diagnostiques en usage et de l'identification indirecte de ce syndrome, en se servant de quelques renseignements statistiques. Ils ont aussi étudié ce syndrome comme le produit des processus qui perturbent l'environnement familial et les rapports entre les enfants et les parents.

## ZUSAMMENFASSUNG

Es herrscht völlige Unkenntnis über den Syndrom des misshandelten Kindes sowohl in Klassifikationsansätzen wie in der peruanischen medizinischen Literatur. Der vorliegende Arbeit versucht diese Lücke zu füllen. Diagnostische Kriterien, Mittel zur direkten und indirekten Identifikation werden erörtert und auch werden einige Empfehlungen und Vorschläge dargestellt.

## BIBLIOGRAFIA

1. AJURIAGUERRA, J. DE (1975): *Manual de Psiquiatría Infantil*. 3ª ed. Toray-Masson, Barcelona.-
2. APA (1987): *Diagnostic and Statistical Manual*, 3rd Edition Revised (DSM III-R), American Psychiatric Association, Washington.-
3. COMITÉ PERUANO DE BIENESTAR SOCIAL (1989): *Seminario-Taller: Maltrato infantil y trabajo en salud*, Nov. 1989, Monografía mimeografiada.-
4. CRAVIOTO, J. & ARRIETA, R. (1984): "Malnutrition in Childhood" (separata).-
5. GALDSTON, R. (1965): "Observations on children who have been Physically Abused and their parents", *Am. J. Psychiat.* 122: 440-443.-
6. GREEN, A. H. (1976): "A Psychodynamic Approach to the study and treatment of child abusing parents", *Journal of the Amer. Acad. of Child Psychiatry*, 15: 414-429.-
7. HEINS, M. (1984): "The battered child revisited", *JAMA* 251: 3295-3300.-
8. HELFER, R. E., & KEMPE, C. H. (eds) (1968): *The battered child*, University of Chicago Press, Chicago and London.-
9. ISAACS, S. (1972): "Emotional problems in childhood and adolescence: Neglect, Cruelty and Battering" *British Medical Journal*, 2: 756-757.-
10. JAMA (1984): "Society's love affair with violence" (cited as major factor in child abuse), *JAMA* 251: 3201.-
11. KEMPE, C. H.; SILVERMAN, F. N., STEELE, B. F. *et al.*; (1962): "The battered child syndrome", *JAMA*, 181: 17-24.-
12. MARIATEGUI, J. *et al.* (1969): *Epidemiología psiquiátrica de un distrito urbano de Lima*, Ediciones de la Revista de Neuro-Psiquiatría, Lima.-
13. MC DONALD, A. & REESE, R. (1979): "Síndrome del niño maltratado, problemas de información", *Clínicas Pediátricas de Norteamérica*, 4: 785-792.-
14. MOLINA C. E. (1990): *Niño maltratado: enfoque médico*, Universidad de Guayaquil, Facultad de Medicina, Guayaquil (Mimeografiado).-
15. NOSHPIZ, J. (edit.) (1979): *Basic Handbook of Child Psychiatry*, Vol. II. Disturbances of Development, Basic Book Publishers, Inc., New York.-
16. OLMSTEAD, W. R. (1982): "Antecedents of Child Abuse", *The Journal of Pediatrics*, 100: 823-829.-
17. ONU (1987): *Derechos Humanos: Preguntas y respuestas*, ONU, Nueva York.-
18. RADDA BARNEN (1991): *Area Chica*, Año I, No. 9, Lima.-
19. ROTONDO, H. (1986): "La situación de la familia a la luz de los datos demográficos", En: *Un acercamiento multidisciplinario a la familia*, Lima, (mimeografiado).-
20. RUTTER, M. (1975): *Helping troubled children*, Penguin Books, London.-
21. SANTOS, E. (1984): "Estresores psicosociales del niño con ansiedad y miedo", *Anales del VIII Congreso Nacional de Psiquiatría*, Biblioteca de Psiquiatría Peruana, Lima.-
22. SAUCEDA, J. M., & FONCERRADA, M. (1985): "Los problemas familiares y sus repercusiones en el niño". *Ref. Méd. IMSS (México)* 23: 159-166.-
23. WHO (1992): *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems*, Tenth Revision, Vol 1, World Health Organization, Geneva.