



Clasificación actual del síndrome del niño maltratado

María Felicitas Guerrero-Cazares,* Francisco Delgado-Guerrero*

RESUMEN

El síndrome del niño maltratado (SNM) es una forma grave de maltrato infantil consecuencia de violencia doméstica; constituye una entidad pediátrica y médico-legal que se acompaña de daño físico o psicológico inferido a un niño mediante agresiones reiteradas, provocadas por uno o más adultos que están a cargo de la víctima. El conocimiento adecuado de los criterios puede ayudar a su identificación por parte del personal médico.

Palabras clave: Síndrome del niño maltratado, maltrato infantil, daño físico, agresiones reiteradas.

ABSTRACT

Battered child syndrome is a severe form of child abuse, domestic violence result, constituting an entity and forensic pediatric accompanying physical or psychological damage inflicted on a child by repeated attacks, caused by one or more adults who are in charge of the victim. An adequate knowledge of the criteria may help identification by medical staff.

Key words: Battered child syndrome, child abuse, physical harm, repeated assaults.

INTRODUCCIÓN

A mediados del siglo XVIII Auguste Ambroise Tardieu describió los primeros casos de abuso infantil en su libro *Etude Médico-Légale sur les Attentats aux Mœurs*, estudio forense de los delitos sexuales, lo cual provocó grandes controversias.^{1,2} La primera definición formal sobre este síndrome fue descrita en 1960 por un grupo de médicos que se interesaron en una serie de manifestaciones clínicas y radiológicas que con el tiempo permitieron integrar lo que Kempe llamó "síndrome del niño golpeado o maltratado."³

La última definición aceptada por la OMS en 1985 refiere al acto u omisión intencionada o no de un adulto, sociedad o país que afecte a un niño en salud, crecimiento físico o desarrollo psicomotor.⁴ No sólo comprende el maltrato físico del niño sino también la ausencia de cuidado, amor y protección razonables de los padres, tutores o familiares hacia los niños. Estas actitudes se originan por múltiples trastornos que interfieren con la capacidad de la familia para criar y proteger a sus hijos.⁴

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.⁴ 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).⁵

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.^{6,7} La principales causas de maltrato a niños por orden de frecuencia son: medidas disciplinarias (63%), sujetos con alteraciones de personalidad (59%), sujetos con trastornos 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%).⁸

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 ex-

* Servicio de Pediatría, Hospital Juárez de México.

perencia sobre la crianza de los hijos, pérdida de la inhibición 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.⁹ Alrededor de 10% de los padres agresores son sicóticos o muestran una autoestima devaluada, aislamiento social y tensión constante, alcoholismo, drogadicción y fármaco-dependencia.¹⁰

Las características de la persona agredida son: edad (el maltrato puede observarse en cualquier edad pediátrica); el maltrato físico es más frecuente en recién nacidos y preescolares (menos de cuatro años) y el abuso sexual prevalece en escolares (con predominio entre 6-8 años); afecta a ambos sexos, en ocasiones es más frecuente en varones cuando es hijo único o en mujeres si ocupan el tercero o cuarto lugar;¹¹ en el abuso sexual las niñas son más agredidas, la agresión física es mayor en niños. Otras causas son malformaciones congénitas o daño neurológico, enfermedades crónicas que requieren atención médica repetida, no corresponder al sexo esperado, niño demasiado irritable, desobediente y sin capacidad para controlar esfínteres.^{12,13}

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS

El mecanismo de producción de las lesiones es variado, las principales causas son: traumatismo, privación, quemaduras y violación. La clasificación del tipo de lesión se muestra en el cuadro 1, tanto las formas comunes y las no comunes.^{2,14}

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

Cuadro 1. Formas comunes y no comunes de SNM.

- Formas comunes:
 - Maltrato físico.
 - Abuso sexual.
 - Abuso psicológico o emocional.
 - Privación social.
- Formas no comunes:
 - Sx. de Münchhausen.
 - Abuso fetal.
 - Abuso infantil de tipo ritual o religioso.
 - Niños de la guerra.
 - Niños de la calle.
 - Maltrato étnico.

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.^{7,9}

Una de las formas de maltrato físico es el síndrome de sacudida del bebé, el cual se caracteriza por la tríada hematoma subdural, hemorragia retiniana y edema cerebral; es consecuencia de una sacudida acompañada de impacto a nivel cefálico. Los ligamentos y músculos del cuello de los infantes son débiles y aún no alcanzan un completo desarrollo, además de que la cabeza es más grande y pesada que el tronco.^{7,15,16}

El resultado es una lesión por hiperextensión cervical, similar a la que se observa en accidentes automovilísticos. Este mecanismo de lesión puede conducir a lesión axonal difusa, lesión hipóxica y edema cerebral con incremento de la presión intracraneal.^{14,17} Las manifestaciones clínicas se presentan en forma de irritabilidad, alteraciones en los patrones de alimentación, letargia y vómito; convulsiones, aumento de la presión intracraneal, alteraciones en el patrón respiratorio y dilatación pupilar. El diagnóstico diferencial se hace con causas tales como: hidrocefalia, muerte súbita infantil, convulsiones, meningitis y trastornos metabólicos.^{18,13}

TIPOS DE LESIONES

Las lesiones que se presentan en el síndrome del niño maltratado suelen ser variadas y afectan a varios sistemas. Durante la exploración física se tiene que hacer una cuidadosa investigación de los hallazgos descritos en el cuadro 2. La identificación de lesiones sugerentes de abuso infantil

Cuadro 2. Principales lesiones físicas en SNM.

- Equimosis multicolor (equimosis en diferente estadio de evolución).
- Evidencia de lesiones frecuentes previas tipificadas mediante cicatrices antiguas o fracturas consolidadas en las radiografías.
- Lesiones periorales.
- Trauma en la zona perineal o genital.
- Fracturas de huesos largos en niños menores de tres años de edad.
- Vísceras internas rotas sin antecedente de trauma cerrado mayor.
- Hematomas subdurales múltiples, especialmente en ausencia de fractura reciente de cráneo.
- Hemorragia retiniana.
- Lesiones raras como mordeduras, quemaduras de cigarrillo o marcas de cuerdas.
- Quemaduras de segundo y tercer grado bien demarcadas en sitios extraños.



precisa una investigación especial debido a que varias de estas lesiones tienen un riesgo aumentado de lesiones fatales.^{13,19}

Las contusiones suelen ser la forma más frecuente de presentación de maltrato y levantan sospechas cuando aparecen localizadas en glúteos, espalda, extremo proximal del brazo y piernas, palmas de manos y pies, cuello, cuero cabelludo y genitales. También se debe sospechar cuando sean hematomas múltiples o aparezcan en niños menores de un año.²⁰ A veces tienen forma de mano, son alargadas por contusión con cinturones o circulares por erosión con un cable. Por último, otra característica es la presencia de equimosis multicolor (equimosis en diferente estadio de evolución). En el cuadro 3 se muestra la diferente coloración de las contusiones de acuerdo con el tiempo de evolución.^{3,21}

Las quemaduras son comunes en el síndrome del niño maltratado. Son de varios tipos, las principales: por contacto, quemadura de cigarrillo e inmersión. Las quemaduras por contacto suelen ser circulares y circunscritas de manera definida con excavación profunda; por lo común dejan marcas claras: parrilla, plancha, utensilios de cocina, etc. Las quemaduras por cigarrillo suelen ser circulares de 8-10 mm de diámetro, uniformes y con borde indurado. Suelen aparecer en la cara y en el dorso de manos y pies.²² No confundir con impétigo. Por último, las quemaduras

Cuadro 3. Cronología de equimosis.

Tiempo	Coloración
24 horas	Azul oscuro, negro
1-5 días	Rojo, púrpura
5-7 días	Violácea
7-10 días	Verdosa
Más de dos semanas	Amarillenta

Cuadro 4. Características de fracturas.

- Historia inconsistente, por ejemplo, lesión más importante de lo esperado en relación con el traumatismo o con el desarrollo psicomotor del niño.
- Fracturas en espiral de huesos largos en niños menores de tres años.
- Fracturas múltiples, sobre todo si están en distinto estadio.
- Fracturas costales epifisiolinfisiarias provocadas por la compresión brusca del tórax entre ambas manos o por la sacudida contra un objeto duro.
- Fracturas por avulsión de clavícula o acromion.

por inmersión en general aparecen en nalgas y extremidades con una distribución en guante o calcetín: línea clara de delimitación entre piel sana y quemada; no se aprecian las típicas lesiones de salpicadura. Suelen ser de segundo y tercer grados.^{3,22}

Las fracturas se caracterizan por ser la segunda forma más frecuente de maltrato en niños. Hasta en 55% de los abusos físicos existen fracturas, las principales características se describen en el cuadro 4. No hay formas de fracturas patognomónicas de maltrato, pero se debe sospechar en determinados casos, siempre se debe preguntar por el mecanismo de cualquier fractura y valorar su congruencia con la lesión.^{2,21}

ABUSO SEXUAL

El abuso sexual se define como cualquier actividad sexual que involucra a un niño, el cual es incapaz de dar su consentimiento^{10,15} (incluye penetración anal/vaginal, contacto orogenital, genito-genital, caricias o tocamientos, visión forzada de la anatomía sexual y mostrar pornografía a un menor o utilizarlo en la producción de pornografía).

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.¹⁹ A veces acuden para evaluación específica de un abuso sexual o pueden acudir al Servicio de Urgencias por un problema médico o de comportamiento.^{12,20} Algunos de los indicadores del abuso sexual se enumeran en el cuadro 5.

Cuadro 5. Indicadores de abuso sexual.

- 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.

ABUSO PSICOLÓGICO O 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.^{12,23}

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.^{7 8,24}

MALTRATO SOCIAL

Comprende todas aquellas conductas de los padres y de las instituciones que interfieren con el bienestar infantil y su desarrollo armónico. Éste se presenta en niños en pobreza extrema, que no reciben la educación básica gratuita o atención médica; excesos disciplinarios de los maestros, permitidos tanto por la institución como por los propios padres, así como sacar a los hijos de la escuela y obligarlos a trabajar para ayudar a la subsistencia de la familia.^{8,13}

SÍNDROME DE MÜNCHAUSEN POR PODERES

El síndrome deriva del nombre Freiherr Von Münchhausen, un noble alemán que inventaba historias fantásticas e imposibles. En 1951 Richard Asher fue el primero en describir dicho síndrome caracterizado por un progenitor, generalmente la madre, que induce enfermedades en su hijo o hija intencionada y deliberadamente, o proporciona a

Cuadro 6. Indicadores del síndrome de Münchhausen.

- Invención de antecedentes.
- Provocación de síntomas.
- Alteración de muestras de laboratorio.
- Alteración de mediciones de temperatura.
- Presentación novedosa y exótica de enfermedades.
- Continúa la farsa aun el niño hospitalizado.
- El cuidador consigue la atención del personal sanitario o de su familia.
- El niño no responde al tratamiento.
- Afecta sobre todo a niños que no han desarrollado la función de hablar.

los médicos información falsa acerca de la salud de su hijo, inventando enfermedades o síntomas que su hijo no padece.²¹

Los padres/madres cuidadores someten al niño a continuas exploraciones médicas, suministro de medicamentos o ingresos hospitalarios, alegando síntomas ficticios o generados de manera activa por el adulto. En el cuadro 6 se enumeran la principales características del síndrome.²

CONCLUSIÓN

El conocimiento e identificación del síndrome del niño maltratado (SNM) puede prevenir lesiones fatales o que dejen algún tipo de secuela, muchas de las lesiones pudieron prevenirse con estrategias simples tales como reportar los casos identificados. El sistema protege a los médicos de responsabilidad legal. A pesar de que los procedimientos de reportar pueden variar de estado a estado, el manejo es frecuente a través de las urgencias locales de servicio social o del Departamento de Salud y Servicios Humanitarios del estado.

REFERENCIAS

1. Lane W, Bair-Merritt MH, Dubowitz H. Child Abuse and neglect. *Scand J Surg* 2011; 100: 264-72.
2. Sanger TD, Gaebler-Spira D, Hallett M, Mink JW. Classification and definition of disorders causing hypertonia in childhood. *Pediatrics* 2003; 111: 89-97.
3. Games ES, Palacios TJ. Introducción a la pediatría. 6a. Ed. México: Editorial Méndez Oteo; 2003, p. 739-41.
4. UNICEF. Child poverty in perspective: An overview of child well-being in rich countries. *Innocenti Report Card 7*, 2007.
5. Secretaría de Desarrollo Social-Hábitat. Avances de la Evaluación de los Registros Administrativos en Materia de Violencia. México, DF: SEDESOL; 2010.
6. King DC, Abram KM, Romero EG, Washburn JJ, Welty LJ, Teplin LA. Childhood maltreatment and psychiatric disorders among detained youths. *Psychiatrics* 2011; 1430-8.
7. Rodríguez-Herrera R, Loredó-Abdalá A. Síndrome del niño maltratado. *McGraw-Hill*; 2005, 108: 631-6.
8. Behrman R, Kliegman R, Nelson A. Tratado de pediatría. Parte IV Aspectos sociales. Editorial McGraw-Hill Interamericana; p. 113-28.
9. Marchand J, Deneyer M, Vandenplas Y. Educational paper: Detection, diagnosis, and prevention of child abuse: the role of the pediatrician. *Eur J Pediatrics* 2011;17-23.
10. Cooper L. The medical analysis of child sexual abuse images. *Sex Abuse* 2011: 631-42.
11. Springer KW, Sheridan J, Kuo D, Carnes M. Long-term physical and mental health consequences of childhood physical abu-



- se: Results from a large population-based sample of men and women. *Child Abuse & Neglect* 2007; 31: 517-30.
12. Wright MO, Crawford E, Del Castillo D. Childhood emotional maltreatment and later psychological distress among college students: the mediating role of maladaptive schemas. *Child Abuse Negl* 2009; 33: 59-68.
 13. Poe MD, Martin HR, Kurtz-berg J. A Staging system for infantile Krabbe disease to predict outcome after unrelated umbilical cord blood transplantation. *Pediatrics* 2006; 118: 879-89.
 14. Hammerschlag M. Sexual assault and abuse of children. *Clinic Infect Disease* 2011; (Suppl.): 103-9.
 15. Field S, Buckley C. Perianal verrucous epidermal nevus mimics a cutaneous sign of child abuse. *J Pediatrics* 2009; 154: 306.
 16. Hylton C, Goldberg MF. Circumpapillary retinal ridge in the shaken-baby syndrome. *N Engl J Med* 2004; 351.
 17. Swerdlin A, Berkowitz C, Craft N. Cutaneous signs of child abuse. *J Am Acad Dermatology* 2007; 57: 371-92.
 18. Palinkas LA, Russell J, Downs MA, Petterson JS. Ethnic differences in stress, coping, and depressive symptoms after the Exxon Valdez oil spill. *J Nerv Ment Disease* 1992; 180: 287-95.
 19. Boscarino JA, Adams RE. Overview of findings from the World Trade Center Disaster Outcome Study: recommendations for future research after exposure to psychological trauma. *Int J Emerg Ment Health* 2008; 10: 275-90.
 20. Dube SR, Anda RF, Felitti VJ, Chapman D. Childhood abuse, household dysfunction and the risk of attempted suicide throughout the life span: Findings from the Adverse Childhood Experiences Study. *J Am Med Assoc* 2011; 286: 3089-96.
 21. Johnson RW. The relationship between childhood sexual abuse and sexual health practices of homeless adolescents. *Medical Adolescence* 2006; 41: 221-34.
 22. Headley J, Northstone K, Simmons H, Golding J. Medication use during pregnancy: data from the Avon Longitudinal Study of Parents and Children. *Eur J Clin Pharmacology* 2004; 60: 355-61.
 23. Trickett PK, Mennen FE, Kim K, Sang J. Emotional abuse in a sample of multiply maltreated, urban young adolescents: issues of definition and identification. *Child Abuse Neglect* 2009; 33: 27-35.
 24. Watts-English T, Fortson BL, Gibler N, Hooper. The psychobiology of maltreatment in childhood. *J Social Sciences* 2006; 62: 717-36.

Solicitud de sobretiros:

Dra. María Felicitas Guerrero Cazares
 Servicio de Pediatría
 Hospital Juárez de México
 Av. Instituto Politécnico Nacional, Núm. 5160
 Col. Magdalena de las Salinas
 C.P. 07760, México, D.F.
 Tel.: 5747-7560, Ext.: 7365
 Correo electrónico: mafel6@hotmail.com