




Presentación de caso

Maltrato Infantil: la Cara Oculta de los Accidentes Recurrentes en Menores

Child Abuse: The Hidden Face of Recurrent Accidents in Children

Ana Reynaldo Díaz , Ana M. Piñero González  y Mariolis Hernández Osorio 
Hospital General Docente “Dr. Ernesto Guevara de la Serna”, Las Tunas, Cuba.

La correspondencia sobre este artículo debe ser dirigida a Ana Reynaldo Díaz.

Email: anitard7@nauta.cu

Fecha de recepción: 19 de octubre de 2021.

Fecha de aprobación: 18 de enero de 2022.

¿Cómo citar este artículo? (Normas APA): Reynaldo Díaz, A., Piñero González, A.M., & Hernández Osorio, M. (2022). Maltrato Infantil: la Cara Oculta de los Accidentes Recurrentes en Menores. *Revista Científica Hallazgos21*, 7(1), 115-122. <http://revistas.pucese.edu.ec/hallazgos21/>

Revista Científica Hallazgos21. ISSN 2528-7915. **Indexada en DIALNET PLUS, REDIB y LATINDEX Catálogo 2.0.** Periodicidad: cuatrimestral (marzo, julio, noviembre).

Director: José Suárez Lezcano. Teléfono: (593)(6) 2721459, extensión: 163.

Pontificia Universidad Católica del Ecuador, Sede Esmeraldas. Calle Espejo, Subida a Santa Cruz, Esmeraldas. CP 08 01 00 65. Email: revista.hallazgos21@pucese.edu.ec. <http://revistas.pucese.edu.ec/hallazgos21>

Resumen

El maltrato infantil es un aspecto de la violencia intrafamiliar grave que produce diversos daños a la salud del niño e incide en su desarrollo físico, emocional y social, repercutiendo negativamente en su futura vida adulta; sin embargo, en la actualidad la prevalencia real es desconocida debido a que la mayoría de los casos no son diagnosticados. Por lo que es necesario cuando acontece la muerte violenta de un menor, además de precisar las causas y las circunstancias de la misma, determinar si estamos en presencia de un caso de maltrato infantil. En esta investigación se presenta una serie de tres casos de menores víctimas de violencia intrafamiliar de manera recurrente, teniendo como forma de expresión el maltrato físico, quienes recibieron atención médica con anterioridad por lesiones traumáticas en diferentes partes del cuerpo sin que se diagnosticara el maltrato infantil del que eran víctima y la repetición los llevó a fallecer en posteriores sucesos similares. Este artículo debe constituir una alerta educativa para incrementar la preparación de los profesionales de la salud sobre el tema, pues detectarlo o reconocerlo depende de sus conocimientos y habilidades, porque no es común que el maltrato infantil sea un motivo de consulta y el diagnóstico; se requiere de un acto médico de sospecha, lo que nos permite afirmar que es fundamental la acción de los servicios de salud para que pueda ser detectado, reportado a tiempo y se tomen las medidas necesarias para evitar las secuelas y mortalidad por esta causa.

Palabras clave: Violencia intrafamiliar; maltrato infantil; factores de riesgo.

Abstract

Child abuse is an aspect of the grave intra-family violence, which makes diversities of harm to the child's health, affecting his/her physical, emotional and social development, upsetting the future adult life; however, its real prevalence is unknown nowadays, because most of the cases are not diagnosed. So, when there is a child's violent death, besides finding its causes and circumstances, it is essential to determine if we are in the presence of child's abuse. In this investigation, a series of three cases of children who were victims of recurring intra-family violence is presented, having as form of expression the physical battering, who had received medical assistance due to traumatic injuries in different parts of their bodies without being diagnosed as victims of child's abuse and its recurrence took them to die in later similar incidents. This article must be an educational awareness to increase the preparation of health professionals about the topic, since detecting and identifying it depend on their knowledge and abilities, because it is not common of child's abuse to be a reason for consultation and its diagnosis requires a medical act of suspicion, what allows us to confirm that the action of the health services is fundamental for it to be detected, reported on time, and the necessary measures be taken to avoid the sequelae and mortality due to this cause.

Keywords: Domestic violence; child abuse; risk factors.

Maltrato Infantil: la Cara Oculta de los Accidentes Recurrentes en Menores

La violencia doméstica o familiar ocurre en el interior de la familia y es ejercida por uno o varios miembros contra otros; las principales víctimas son los ancianos, mujeres y niños y en este último caso se denomina maltrato infantil (MI).

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2014) define el MI como aquellos abusos, con 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.

Esta forma de violencia es universal y tan antigua como la humanidad. Las evidencias históricas demuestran que en las antiguas civilizaciones las manifestaciones violentas hacia los niños eran frecuentes y hasta socialmente aceptadas. Entre los actos más violentos se recogen: el infanticidio por motivos religiosos (sacrificio ritual o propiciatorio) o disciplinarios (pena o castigo por alguna falta). En el Egipto faraónico los sacerdotes ofrendaban una niña al río Nilo para que fertilizara mejor la cosecha anual con sus crecidas; en Grecia y Roma los niños enfermos y malformados eran eliminados, mientras que en China arrojar el cuarto hijo a las fieras era un método de control de la natalidad (Alonso et al., 2017).

La formación del niño comienza en la familia donde adquiere hábitos, costumbres, habilidades, patrones morales y éticos. Le corresponde a la familia proporcionar un clima favorable al desarrollo físico y psíquico del niño y establecer los modelos de conducta correctos, pero sin dar cabida a

manifestaciones violentas. Para ello Acosta, Valdivia y Giletta (2017) plantean seis metas de desarrollo humano integral y diverso que deben tenerse presente para la educación y crianza de los niños y adolescentes: autoestima, autonomía, creatividad, felicidad, solidaridad y salud.

En Cuba existe voluntad política para defender los derechos del niño, siendo signataria del primer instrumento jurídico internacional aprobado por la Asamblea General de la Organización de las Naciones Unidas el 20 de noviembre de 1989 (la Convención Internacional de los derechos del niño) y refrendada en el marco legal cubano. La Constitución de la República (Asamblea Nacional del Poder Popular, 2019) reconoce a la familia como la célula fundamental de la sociedad, a la cual le corresponde el cumplimiento de responsabilidades y funciones tanto en la educación como en la formación de sus miembros y el Código de Familia (Organización Nacional de Bufetes Colectivos, 2015), establece que los niños han de gozar de la atención y cuidados de ambos padres y de la familia en general para garantizar su normal desarrollo.

El hecho de que el estado cubano tenga políticas para proteger a los niños no significa que todas las personas cumplan con tales normas y a pesar del trabajo social e institucional realizado, el MI constituye un problema de salud con tendencia al crecimiento en los últimos años, por lo que el sector salud debe jugar un papel más activo en su investigación y prevención a distintos niveles, pues constituye una obligación legal y profesional del médico la identificación, diagnóstico y notificación del MI a la autoridad competente como señala el Código Penal Cubano (Asamblea Nacional del Poder Popular, 1987) en su artículo 162.

Aspectos epidemiológicos

En la actualidad casi la totalidad de los autores coinciden en plantear que la prevalencia real del MI es desconocida y que las cifras de hechos registrados no se corresponden con la envergadura real del problema, debido a que la mayoría de los casos no son diagnosticados, lo cual coincide con lo planteado por la OMS en el año 2014 "las cifras que se reportan subestiman la verdadera magnitud del problema". Las causas son múltiples y entre ellas se constata que generalmente ocurren en el seno familiar, se producen en niños y estos sienten miedo a realizar la denuncia, los profesionales no lo sospechan por la escasa información sobre el tema y si lo sospechan no lo informan a los organismos de protección correspondiente por el temor a equivocarse en el diagnóstico o a denunciarlo, lo que provoca muchas veces que las secuelas de maltrato sean clasificadas como accidentales.

Por otra parte, el MI es una realidad silenciada por la familia debido a la tradicional concepción de ésta como espacio privado y otras veces las manifestaciones de violencia o maltrato se confunden con normas educativas (Alonso et al., 2017) y el castigo corporal llega a representar un verdadero peligro que a corto plazo, cada año, mata a miles de niños y daña e incapacita a muchos más; mientras que a largo plazo, es un factor importante en el desarrollo de comportamientos violentos y se asocia con otros problemas en la niñez y etapas posteriores de la vida.

Aunque en Cuba es infrecuente la muerte de los menores por agresividad contra ellos, en la provincia de Las Tunas en los últimos años se han presentado casos aislados pero severos que han culminado con la muerte del menor. Por lo que consideramos de interés la presentación de esta serie de casos con el

propósito de dar a conocer los elementos que distinguen el MI, para de esta forma contribuir al conocimiento del tema y que constituya además una alerta para incrementar la preparación de los profesionales de la salud sobre este contenido, pues detectarlo o reconocerlo depende de sus conocimientos y habilidades, ya que no es común que el MI sea un motivo de consulta y el diagnóstico requiere de un acto médico de sospecha; también para la formulación de estrategias de intervención encaminadas a la promoción y prevención de salud con enfoque intersectorial, pues velar porque no existan víctimas del síndrome del niño maltratado es obligación de todos.

Factores de riesgo

Según la OMS (2014), los factores de riesgo más frecuentemente asociados a MI son las fallas en el vínculo afectivo entre padres e hijo, la separación prolongada de los padres del núcleo familiar, antecedentes personales de MI en los padres, consumo de alcohol o drogas por parte de los padres, nivel socioeconómico bajo, embarazos no deseados, alteraciones congénitas en el niño, grupo etario de la víctima (menores de cuatro años y adolescentes), problemas físicos o mentales en algún miembro de la familia, disfunción o violencia intrafamiliar, aislamiento de la comunidad o falta de red de apoyo.

En su trabajo sobre la prevalencia de MI en el Servicio de Pediatría, Preciado, Lozano, Gutiérrez, Tierradentro y Castro (2014) afirman que los factores de riesgo más frecuentes detectados fueron: disfunción familiar, desempleo en el maltratador, presencia de padre o madre solteros, separación prolongada de la madre, existencia de padrastro o madrastra en el núcleo familiar y antecedente en la víctima de maltrato previo.

Mientras que Alonso et al. (2017) constatan que la mayoría de los niños (60,8%) convivían sólo con sus madres solteras o divorciadas, faltando la protección y cuidado que debieran recibir por igual de ambos padres; también reportaron alto número de familias disfuncionales (40,5%) donde la inadecuada comunicación entre los miembros generaba procesos desestabilizadores y violencia que se dirigía hacia los niños.

Casos clínicos

Caso Nro. 1:

Lactante masculino de 2 meses de edad con antecedentes de salud, que ingresa al mes de nacido por presentar un trauma facial derecho con equimosis y hematomas, producido (según los padres) con la mano al tratar de cogerlo cuando se le caía de sus manos. En la segunda ocasión llega a una institución de salud en cuadro de parada cardio-respiratoria, refiriendo sus padres que se había caído de sus brazos. Al examen físico presenta hematoma subgaleal y se diagnostica una fractura lineal de la bóveda craneal, evoluciona hacia una encefalopatía hipóxica con daño neurológico irreversible y después de una larga estadía hospitalaria con varias complicaciones infecciosas fallece por una sepsis generalizada.

La investigación aportó elementos de importancia relativos al domicilio, reportándose por los vecinos conflictos maritales frecuentes y al interrogar a los padres por separado brindan datos controvertidos de cómo se produjeron las lesiones del menor. Se identifican factores de riesgo de MI: edad y llanto prolongado en el niño, además de disfunción familiar y conflictos maritales frecuentes.

Después de realizar la necropsia médico legal se concluye como una muerte violenta debido a un traumatismo craneo-

encefálico con objeto contundente que provoca fractura de la bóveda craneal con daño neurológico irreversible, llegando directamente a la muerte por una sepsis generalizada. Se plantea el síndrome del niño maltratado y la forma de maltrato se clasifica dentro del tipo activo, crónico, agudizado.

Caso Nro. 2:

Menor femenina de 2 años de edad con antecedentes de salud, que recibe atención médica, la primera ocasión por traumatismos en la cabeza y miembros inferiores debidos a una caída de la cama (según lo referido por la madre). En la segunda ocasión presenta herida en la cabeza que requiere sutura debido a otra caída de la cama (según lo referido por la madre). En la tercera ocasión se recibe en una institución de salud en cuadro de parada cardio-respiratoria de la cual no se recupera, refiriendo la madre y el padrastro que se cayó en el patio encima de unos palos mientras jugaba.

En la investigación los vecinos reportaron violencia intrafamiliar frecuente; al interrogar a la madre y padrastro no ofrecen una explicación coherente de cómo se produjeron las lesiones de la menor (porque el trauma descrito no explica la magnitud de las lesiones). Se identifican factores de riesgo de MI: llanto prolongado en la niña, bajo nivel escolar en la madre, núcleo familiar con escaso soporte socio económico, existencia de padrastro y violencia intrafamiliar.

En la necropsia médico legal, se constatan en el exterior del cadáver múltiples signos de violencia de diferente mecanismo de producción y coloración variada localizadas en cabeza, tórax, regiones glútea, sacra y lumbosacra; en el examen del interior del cadáver se observan infiltrados hemorrágicos recientes en cuero cabelludo, tórax y región

lumbosacra, múltiples focos de contusión en ambos pulmones y desgarros en el hígado, y hematoma retroperitoneal extenso con sangre libre en cavidad abdominal.

Se concluye como una muerte violenta debido a un traumatismo tóraco-abdominal cerrado con objeto contundente, que provoca focos de contusión pulmonar y desgarros hepáticos con sangre libre en cavidad abdominal, llegando directamente a la muerte por una anemia aguda. Se plantea el síndrome del niño maltratado y la forma de maltrato al menor se clasifica dentro del tipo activo, crónico, agudizado.

Caso Nro. 3:

Menor masculino de 2 años de edad con antecedentes de salud, que recibe atención médica la primera ocasión por presentar hematomas en el cuerpo; se ingresa para estudio y la madre se va de la institución de salud sin consentimiento médico llevándose al menor; una semana después es recibido fallecido en el mismo hospital.

En la investigación, los vecinos reportaron violencia intrafamiliar recurrente y al interrogar a la madre y padrastro por separado hay discrepancia en las versiones de cómo se produjeron las lesiones del menor. Se identifican factores de riesgo de MI: bajo nivel escolar en la madre, núcleo familiar con escaso soporte socioeconómico, problemas de la vivienda y la existencia de padrastro.

En la necropsia médico legal, en el examen del exterior, el cadáver presenta múltiples signos de violencia de diferentes mecanismos de producción y coloración variada, localizadas en cabeza, cuello, tórax, abdomen y genitales; en el interior del cadáver se observan infiltrados hemorrágicos de coloración variable en cuero cabelludo, desgarros hepáticos y

renal, además sangre libre en la cavidad abdominal.

Se concluye como una muerte violenta debido a un traumatismo tóraco-abdominal cerrado con objeto contundente que provocó desgarros hepáticos y renales, con la consiguiente salida de sangre a la cavidad abdominal, llegando directamente a la muerte por una anemia aguda. Se plantea el síndrome del niño maltratado y la forma de maltrato al menor se clasifica dentro del tipo activo, crónico, agudizado.

Discusión

Vargas (2010) describe dos formas fundamentales de agresión al niño: activa o pasiva. La forma activa o de castigo físico es más frecuente y se caracteriza por la presencia en la víctima de contusiones de diferente cronología, que denotan agresiones en diferentes momentos, provocando en los menores daños a su integridad corporal. La forma activa puede tener una evolución aguda o crónica; en la primera, las lesiones se causan en un solo castigo, pero exagerado y en dependencia de la localización de las mismas pueden llevar al menor a la muerte. En la forma crónica, el menor va sufriendo un deterioro progresivo por castigo reiterado que también puede dar al traste con su vida si no es detectado a tiempo.

Identificarlo constituye un desafío para los profesionales de la salud, porque la historia recogida puede ser inexacta o errónea y los hallazgos al examen físico inespecíficos; por lo que los médicos deben ser adiestrados para incluir el MI en el diagnóstico diferencial y al estar frente un niño (con lesiones que afectan cualquier parte del cuerpo) sospechar la posibilidad del maltrato físico e indagar además por otras formas de expresión como el maltrato emocional, la negligencia o el abandono.

Arrieta, Díaz y Ramos (2017) analizaron los conocimientos, actitudes y prácticas sobre MI en profesionales de la salud de Cartagena, encontrando que más de la mitad de los sujetos (59,7 %) poseen un nivel deficiente de conocimiento y en la totalidad sus prácticas eran inadecuadas al momento de presentarse un caso de sospecha, al dejar de realizar las descripciones de las lesiones, las anotaciones respectivas en la historia clínica y no hacer los reportes del caso. Además, los profesionales eran conscientes de la necesidad de incrementar su preparación sobre la temática y reconocían el desconocimiento en la existencia de guías de manejo y los protocolos de atención de estos niños.

Para llegar al diagnóstico de MI se sugiere un exhaustivo y completo examen físico desde la cabeza hasta los pies, incluido los genitales. Las lesiones traumáticas son los elementos fundamentales que el médico debe reconocer para considerar en el diagnóstico la posibilidad de maltrato físico, debiendo tenerse presente que éstas pueden ser recientes o tardías (rasguños, huellas de instrumentos, quemaduras en evolución), pues es frecuente que los padres o agresores acudan a consulta horas o días después de ocurrido el hecho, por temor a ser descubiertos. A criterio de Mouesca (2016), también debe pensarse en MI dentro del diagnóstico diferencial ante síntomas o signos inexplicables y repetidos

o cuadros que no se expliquen completamente por una enfermedad pues las somatizaciones pueden ser la forma de expresión de una situación que los niños no pueden resolver y que termina afectando su cuerpo.

En los casos presentados los menores eran víctimas de violencia intrafamiliar de manera recurrente, teniendo todos como forma de expresión el maltrato físico y recibieron atención médica por lesiones traumáticas en diferentes partes del cuerpo (que se interpretaron como accidentales), sin que se diagnosticara el MI del que eran víctima y la repetición los llevó a fallecer en posteriores sucesos similares.

Lo que a criterio de los autores (desde la experiencia profesional y como profesores de la asignatura Medicina Legal y Ética Médica) plantea la necesidad de incorporar el tema de MI en los planes de estudio de pregrado y reforzarlo en algunas especialidades de postgrado, sobre todo aquellas que atienden a niños y adolescentes, con vistas a formar profesionales con conocimientos y habilidades necesarias para que en el momento inicial, puedan ser capaces de detectar aquellos signos y/o síntomas de sospecha o certeza de maltrato, distinguir entre una lesión accidental y una lesión intencional y posterior al diagnóstico notificarlo, para lograr la intervención adecuada que permita evitar las secuelas y mortalidad por esta causa.

Referencias

- Acosta Moya, E. C., Valdivia Álvarez, I., & Giletta, P. Y. (2017). Conocimientos sobre maltrato infantil en adolescentes maltratados y padres o tutores. *Revista Cubana de Pediatría*, 2017, 89(2), 178-186. <http://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=73066>.
- Alonso Gutiérrez, G.M, González Caballero, R., Martínez Gómez, C., Ruiz Betancourt, Y., Pérez Laffitte, M., & Vega Fernández, D. (2017). Manifestaciones del maltrato infantil, repercusión social y vías para su prevención. *MediCiego*, 23(1), 63-71. <http://www.revmediciego.sld.cu/index.php/mediciego/article/view/671>
- Arrieta Vergara, K., Díaz Cárdenas, S., & Ramos Martínez, K. (2017). Conocimientos, actitudes y prácticas sobre maltrato infantil en odontólogos de Cartagena (Colombia). *Salud Barranquilla*, 33(2), 129-138. http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-55522017000200129&lng=en.
- Asamblea Nacional del Poder Popular. (2019). Constitución de la República de Cuba. <http://www.eurosur.org/constituciones/co18-2.htm>.
- Mouesca, J. P. (2016). Prevención del maltrato infantil: función del pediatra. 2da parte. Prevención antes de que ocurra, ante la sospecha y con la confirmación del maltrato. *Arch. argent. Pediatr*, 114(1), 64-74. http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0325-00752016000100011&lng=es. <http://dx.doi.org/10.5546/aap.2016.64>.
- Organización Mundial de la Salud. (2014). Maltrato infantil. <http://WWW.Who.int/mediacentre/factsheets/fs150/es/>.
- Organización Nacional de Bufetes Colectivos. (2015). Código de Familia. La Habana: Ediciones ONBC. <http://www.onbc.cu/uploads/media/page/0001/01/69f10a9e7e2dcca9b2558480e6d4c750b8f e4eef.pdf>
- Preciado Barrera, H., Lozano, L.C., Gutiérrez, J.A., Tierradentro, M., & Castro, C.A. (2014). Prevalencia de maltrato infantil en el Servicio de Pediatría del Hospital San José 2010-2013. *Revista Pediatría*, 47(4), 90-95. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1665114616300636>.
- Vargas, A. E., (2010). Medicina Legal (3ra ed). México: Trillas.