
Valoración clínica y médico legal de los malos tratos infantiles

M. Casado Blanco*, P. Hurtado Sendin**

*Profesor Asociado de Medicina Legal. Facultad de Medicina Universidad de Extremadura. Médico Forense.

** Servicio de Urgencias. Hospital Regional Universitario Materno-Infantil. Badajoz.

Resumen

El objetivo esencial del presente trabajo de tipo descriptivo, se centra fundamentalmente en la posibilidad de efectuar una aproximación a las posibles connotaciones, tanto de tipo familiar, social, laboral y personal, que pueden influir en la producción de estos eventos, encuadrados dentro de la violencia doméstica.

Para ello nos basamos en una casuística de 32 casos de malos tratos infantiles de tipo físico, entresacados de un total de 269 casos, que fueron recogidos durante 12 meses, en el Área de Salud y en los Juzgados de la ciudad de Badajoz.

Los datos fueron protocolizados y analizados de la siguiente forma: 1) asociados a las propias víctimas, 2) relacionados con los progenitores, 3) factores asociados a la estructura familiar, 4) métodos utilizados en la realización de las agresiones, y tipo de lesiones que con mayor frecuencia se ocasionan.

Los resultados ponen de manifiesto, que el perfil del niño maltratado es multivariado y en él concurren factores interrelacionados, pero de forma genérica podemos afirmar que se trata de niños y/o adolescentes con edades comprendidas entre los 6 y los 14 años, y con cierto retraso en cuanto al nivel de escolarización respecto a su edad. La estructura familiar, en general se trata de familias constituidas por progenitores de edad joven, comprendida entre los 24-28 años y que generalmente presentan un bajo nivel de educación, con desempleo o escasa actividad laboral, y en ciertos casos relacionados con la delincuencia y las toxicomanías y/o abusos de alcohol.

Con todo ello se hace una llamada de atención a diferentes colectivos relacionados con los niños, para así poder detectar, diferenciar y denunciar los casos.

Palabras claves: Malos tratos, Infancia, Medicina legal, Pediatría.

Abstract

32 cases of physical abuse are presented picked up among all cases reported during 12 months, in the Area of Health and in the Court of the city of Badajoz.

The results were protocolized and analysed in the following way: 1) associated to the victims themselves, 2) related to the ancestors, 3) factors associated to the family structure, 4) mechanisms or methods used in the realization of the aggressions, and type of the more frequent lesions.

The results show that the mistreated child's profile is variable and in him/her converge interrelated factors, but in a generic way we can affirm that they are children and adoles-

cents, with age 6 to 14 years, and with certain delay of school level, regarding their age. In reference to the family structure, in general, they are families constituted by young parents, 24-28 years, generally present a low education level, with unemployment or scarce activity, and in certain cases related with delinquency and tendency to dependency and/or abuses of alcohol and drugs.

With all this we make a call of attention to different collectives related with the children, to be able to detect, to distinguish and to denounce the cases.

Key words: *Abuses, Childhood, Legal medicine, Pediatrics.*

Introducción

Fue Tardieu (1860), quien en su famosa obra "Etude medico-legal sur les sevices et mauvais"¹, realizó por primera vez una descripción científica de lo que más tarde adoptaría la denominación de síndrome del maltrato infantil. Posteriormente, en el año 1962, Kempe, Silverman, Steele y Droege-mueller publicaron un artículo relacionado con las agresiones infantiles y cuyo título era "Síndrome del niño apaleado"², teniendo su origen en lesiones no accidentales³, el tema siempre ha estado presente de una u otra manera, hasta que en los últimos años ha despertado un interés creciente, a nivel de todos los sectores de nuestra sociedad, con un mayor conocimiento y delimitación de esta entidad, todo ello mediante el estudio profundo acerca de los signos, síntomas y demás características del denominado "niño maltratado".

De modo genérico hay que considerar al maltrato infantil como un apartado

de la violencia doméstica^{4,5}, la cual tiene su génesis en múltiples causas etiológicas así como innumerables consecuencias tanto físicas, sexuales, como de carácter psíquico o psicológico, que conllevan por supuesto a un daño o perjuicio que se ocasiona en el desarrollo psicoafectivo del niño⁶.

En líneas generales, el conocimiento de las posibles causas determinantes de estas acciones, resultan fundamentales, a la vez que complejas de determinar con exactitud, en la mayoría de los casos.

Dentro de los posibles factores desencadenantes, la figura de los padres y sobre todo las particularidades de éstos, centradas en la falta de eficiencia, el influjo de los posibles cuadros psicopatológicos paternos⁷, la adicción a sustancias tóxicas, drogas y/o alcohol^{17,8}, comportamientos aprendidos en generaciones anteriores, la estructura u organización familiar, y por supuesto las posibles influencias (trabajo, relaciones...) de tipo extrafamiliar, que pueden convertir-

se en elementos hostiles a la convivencia familiar, y generadores de éstas situaciones de violencia.

Material y método

El presente artículo constituye un trabajo de tipo descriptivo, realizado de forma conjunta por el Área de Medicina Legal de la Facultad de Medicina, el Servicio de Urgencias del Hospital Materno-Infantil, y los Juzgados, todos ellos de la ciudad de Badajoz y llevado a cabo a lo largo de un período de doce meses (junio 2000-junio 2001).

Durante el referido período se contabilizaron 269 casos de agresiones infantiles, de entre los cuales se analizaron 32 casos que tenían consideración médico legal de maltrato infantil.

Seguidamente se elaboró una ficha personal con diferentes apartados. En primer lugar, los de tipo genérico, aportados en los Partes de Lesiones, emitidos por los facultativos que prestaron la asistencia facultativa, tales como filiación, hora de asistencia, descripción de las lesiones y tipo de asistencia requerida, y que posteriormente son enviados al Juzgado de Guardia correspondiente para, a continuación, y siguiendo las obligaciones legales, proceder al reconocimiento de los lesionados por parte de los Servicios Médico-Forenses, con el

objetivo de efectuar una valoración médico legal.

Además de estos datos, consideramos que resultarían interesante otros, según los objetivos marcados, tales como: factores asociados a los niños, factores asociados a los padres y aquellos relacionados con la estructura familiar, para de esta manera poder describir posibles factores de riesgo predisponentes asociados a determinadas situaciones o comportamientos agresivos y/o maltratables⁶. También se incluyeron datos sobre el mecanismo o método utilizado en la agresión, así como las lesiones producidas.

Basándonos en estos objetivos se utilizó desde el punto de vista estadístico el test de chi-cuadrado de Pearson, al tratarse de variables cualitativas, nominales o categóricas, para una vez procesada y tratada toda la información, nos ayudase a averiguar o conocer qué variables desempeñan un papel más relevante y de tanta trascendencia como resulta ser el maltrato infantil.

Resultados

Del total de 269 Partes de Lesiones de niños emitidos en los diferentes centros sanitarios, 32 (11,8%) tenían la valoración médico legal de malos tratos. Dichos niños se encontraban agrupados

en 30 unidades familiares, ya que dos de los casos recogidos correspondían a una misma unidad familiar.

a) Factores asociados a los niños:

El sexo, de esta población fue de 19 niños (59,3%) y 13 niñas (40,6%). La edad de los niños es muy variada, estableciéndose la media de edad en los 8 años, aunque el rango queda comprendido entre los 2-14 años. Independientemente del género, la edad de mayor frecuencia es la establecida entre los 11 y 14 años, con un porcentaje del 50%, a continuación la comprendida entre los 6 y 12 años, representada en un 34,3%, mientras que la menor proporción corresponde a los menores de 5 años, con un 15,6%.

El nivel de escolaridad, se distribuye en orden decreciente en un 50% de la muestra, educación de tipo primario. En un 28% del total, no se determina ningún nivel de escolarización, el resto representado por un 18,7% que asisten a guarderías y un 1% que se contabiliza como educación secundaria.

En referencia a antecedentes tanto policiales como judiciales, encontramos que 8 de ellos los tienen. De este grupo 6 son varones y el resto corresponden a niñas. En líneas generales, el tipo de asunto policial y judicial que presentan está relacionado con tipificaciones jurí-

dicas de hurtos y robos en la mayoría de los casos (75%), y el resto se distribuye exclusivamente en delitos relacionados con el tráfico de drogas, según la tipificación del Código Penal vigente.

b) Factores relacionados con los padres:

De forma similar como ocurre en el apartado anterior, la edad de los progenitores resulta muy variable, con una edad media para el padre de 28 años (18-42 a.) y de 24 años para la madre (16-35 a.).

La situación laboral, se distribuye de la siguiente forma, un 71,6% se encuentran en situación de paro o desempleo, un 15,1% desarrolla actividad como obrero manual de tipo no cualificado, un 11,6%, son obreros manuales cualificados y únicamente un 1,5% profesionales.

En cuanto al nivel educativo de los padres, el 81% indican tener estudios primarios, datos que se manifiestan en proporciones similares, tanto en los padres como en las madres. A continuación aparecen aquellos que refieren tener estudios secundarios o de formación profesional 14%, y únicamente el 1,5% corresponden al nivel universitario.

Existen resultados muy diferentes en cuanto a los antecedentes de delin-

cuencia, en los progenitores, ya que mientras el 75% de los padres presenta algún tipo de antecedente delictivo o penal, las madres presentan estos antecedentes únicamente en un 21% de los casos.

Entre éstas, las conductas delictivas son muy variadas y generalmente se relacionan con tipificaciones delictivas como tráfico de drogas, robos o hurtos, y asociación de tráfico de drogas y robos o hurtos (Tabla I).

En relación a posibles influencias del consumo, abuso y adicción de bebidas y/o sustancias de tipo tóxico, encontramos valores en torno al 37,5%, en el que los padres son consumidores y pre-

sentan algún grado de adicción a drogas, mientras que un amplio porcentaje, el 28%, o no se conocen, o no se detectan consumos de ningún tipo de sustancias adictivas (Tabla II).

c) Factores asociados a la estructura familiar:

En las 30 unidades familiares estudiadas, destacan como características más relevantes:

El 73% de las parejas están casadas, un 20% se encuentran separados o divorciados, y únicamente el 6% conviven establemente en pareja.

La mayoría de las parejas, un 46,8%, pueden ser consideradas como familias

Tabla I. Actos delictivos

	Padres n=24	Madres n=7	Total
Tráfico de drogas	11 (45,8%)	1 (14,2%)	38,7%
Robos / hurtos	5 (20,8%)	2 (28,5%)	22,5%
Lesiones	4 (16,6%)	-	12,9%
Drogas + Robos	3 (12,5%)	4 (57,1%)	22,5%
Agresiones sexuales	1 (4,1%)	-	3,2%

Tabla II. Relación agresión/consumo tóxicos

	Padres	Madres	Total
Abusos de alcohol	10 (31,2%)	4 (12,5%)	21,8%
Robos / hurtos	11 (34,3%)	13 (40,6%)	37,5%
Lesiones	4 (12,5%)	3 (9,3%)	10,9%
Drogas + Robos	6 (18,7%)	12 (37,5%)	28,1%

numerosas, es decir con tres o más hijos, un 28,1% tienen más de 5 hijos y un 25,1% tienen un solo hijo.

El 68% de los niños conviven con ambos padres, el 5% sólo con la madre, mientras que únicamente el 3% convive sólo con el padre.

d) Métodos utilizados en las agresiones:

Los métodos conminatorios encontrados son igualmente muy variados, pero generalmente se utilizan determinadas partes del cuerpo, armas y/o instrumentos de tipo contundente, para obtener sus objetivos. De todos ellos, el método más frecuente, es la utilización de las manos, puños y pies, como queda reflejado en las Tablas III y IV.

e) Lesiones más frecuentes:

En íntima relación con el apartado anterior, las lesiones preferentes que suelen aparecer son de tipo cutáneo, en forma de equimosis, contusiones, hematomas, heridas contusas, quemaduras, erosiones y excoりaciones ocasionadas por puñetazos, bofetadas, patadas, empujones... Se trata, por tanto, de lesiones con cierta entidad clínica, ya que requieren de asistencia médica en los primeros días de su producción al ser visibles, circunstancia que da paso a la posible sospecha de actos de malos tratos.

Discusión

Nuestro trabajo intenta aportar datos y resultados encaminados a conocer,

Tabla III. Agresiones físicas	%
- Contusiones	42,3%
- Erosiones/excoりaciones	38,4%
- Heridas	15,3%
- Fracturas	2,0%
- Quemaduras	2,0%

Tabla IV. Métodos más frecuentes	%
- Manos/puños/pies	62,0%
- Palos	25,0%
- Cinturones	10,0%
- Cigarros	3,0%

aún más, una realidad existente, que está instalada en la sociedad de forma "pandémica" pero que permanece oculta, y que tiene como víctimas preferentemente a los niños de edades escolares y adolescentes.

Como se indicó al inicio del trabajo, nos hemos centrado únicamente en los casos catalogados, desde el punto de vista médico legal, como maltratos físicos, no incluyendo, en esta casuística los casos de maltrato psicológico, por su gran dificultad diagnóstica, igualmente tipificados en nuestro Código Penal actual⁹, lo que sin duda incrementaría en gran número este tipo de actos.

Resulta difícil y complicado establecer la verdadera incidencia de los malos tratos infantiles que suceden en nuestra sociedad¹⁰. Generalmente los estudios epidemiológicos son referidos a investigaciones extranjeras, que aunque resultan orientativas, las connotaciones específicas (familiares, sociales y personales) de nuestro medio difieren considerablemente con las de otras sociedades o grupos.

Estas dificultades, aunque puedan ser múltiples, se centran fundamentalmente en dos. En primer lugar y de forma esencial, la carencia de denuncia de los casos, por parte de quienes pueden tener conocimiento de los hechos, esen-

cialmente por parte del mundo sanitario (Centros de Atención Primaria, Servicios de Urgencias...), lo que origina la imposibilidad de efectuar un seguimiento o investigación policial y judicial del caso; y por otra parte, no podemos olvidar un hecho que ocurre con frecuencia en los casos de violencia doméstica como es la falta de asistencia sanitaria de las lesiones sufridas, por no asistir a los diferentes dispositivos asistenciales, lo que imposibilita igualmente la acción de efectuar una valoración médico legal de las lesiones que la víctima presenta.

A modo de resumen podemos afirmar que este tipo de agresiones a niños, presentan un perfil de tipo multivariado, y donde concurren factores interactivos y por supuesto interrelacionados que podrían conceptuarse como factores de inicio o facilitadores del mecanismo de agresión física, llegando a dudar que estos factores puedan, de forma independiente, ser origen de este tipo de comportamientos.

En cuanto a los factores asociados a los niños, no encontramos datos especialmente relevantes, quizá sí resulte interesante analizar el nivel de escolaridad de éstos que sin llegar a detectar posibles alteraciones de tipo intelectual en relación a la edad, sí apreciamos que existe una descompensación entre la

edad de los niños objeto de malos tratos y el nivel académico conseguido. Según los resultados se puede indicar que existe una descompensación de tipo escolar, al observar como niños y niñas de 12 y 13 años aún se encuentra realizando estudios de tipo primario, así como niños y niñas que deberían estar asistiendo a centros de primaria, no reciben ningún nivel de instrucción. Entendemos que este retraso, pudiera tener una relación más íntima con las condiciones de vida, ambiente familiar, el medio sociocultural y las motivaciones de los padres hacia la educación de los hijos.

Por otra parte y valorando los factores relativos a los padres estudiados en nuestra muestra, observamos una serie de variables que bien pudieran tener una asociación directa con la agresión. Así hallamos una mayor casuística de casos de malos tratos en las clases sociales, en las que las cosas no siguen un curso normal o más o menos establecido, es decir en las más desfavorecidas y más desprotegidas, principalmente aquellas con bajo nivel de educación, con paro, desempleo, delincuencia, adicciones..., lo que sin duda debe ocasionar un funcionamiento anormal de la estructura familiar, así como una inestabilidad e inseguridad, tanto desde el punto de vista laboral como social, y

que a veces se ve condicionada, de forma importante, por el tipo de convivencia familiar.

Otro factor importante es la incidencia de problemas relacionados con el alcohol^{9,11} y/o el consumo de drogas, donde se muestra una relación causal directa con los casos de agresiones y de malos tratos.

Este perfil creemos que puede contribuir a orientar y a detectar niños con posibles riesgos psicosociales, niños con un entorno familiar vulnerable, familias conflictivas, niños en riesgo por sus condiciones socioculturales, de forma que se pueda incrementar el reconocimiento de las necesidades de los niños en los diferentes Servicios de Salud y contemplando la actuación precoz y preventiva, sin olvidar el apoyo a nivel educativo y social, no sólo de los niños sino extensivo a las familias. Pero para poder cumplir estos objetivos, es esencial recordar a los responsables sociales, la necesidad de proporcionar fondos especiales dirigidos a apoyar el desarrollo, la implementación y el mantenimiento de determinadas iniciativas favorecedoras efectivas y eficaces desde el punto de vista económico, para, así, poder promover la salud infantil así como el bienestar de los niños y de las familias, y apoyo a la investigación, la formación y

el desarrollo de determinadas líneas de actuación.

Por todo lo expuesto anteriormente resulta claro y evidente la necesidad de tomar conciencia y no perder el asombro, es decir hacerse cargo de esta "enfermedad social" con entidad endémica y establecer medidas de prevención del maltrato. Pero no podemos olvidar el hecho multivariado y multidisciplinar de la cuestión, lo que implica responsabilidad de todos, según queda recogido en la Ley Orgánica 1/96, de 15 de enero, de Protección Jurídica del Menor¹², en donde se indica la obligación que compete a todo ciudadano que, por razón de su cargo o profesión, tengan conocimiento de una situación de riesgo en un menor. Se recuerda la obligación y el deber de denunciar. Ésto lleva implícito la necesidad de conocimientos de los diferentes colectivos profesionales que tienen relación directa con los niños y

adolescentes (educadores, asistentes sociales, médicos, pediatras, jueces, legisladores...), para de esta manera poder establecer trabajos e investigaciones interdisciplinarias y abrir una puerta a la esperanza, para la desaparición de este cuadro clínico-socio-cultural.

En referencia a la función del médico (médicos pediatras, generalistas), se circunscribe a la posibilidad de detectar precozmente posibles cuadros clínicos, sobre todo lesiones traumáticas que presentan los menores y poder determinar el origen de las mismas. Así mismo la identificación, lo más pronto posible, tanto de los padres como de las familias de alto riesgo. Por todo ello, resulta de gran utilidad la comunicación de datos, estudios y trabajos referentes a las características de los agresores y de las víctimas, para poder profundizar más en su conocimiento y así poder aplicar medidas de tipo preventivo.

Bibliografía

1. Tardieu A. *Etude médico-legal sur les evices et mauvais. Traitements exercés sur les enfants.* Ann Hyg Publ Med Leg 1860; 13: 361.
2. Kempe Ch, Silverman FN, Steele BF, Drogemueller W, Silver HK. *The Battered Child Syndrome.* JAMA 1962; 181: 17-24.
3. Gutiérrez Díez MP, Millán de las Heras MJ. *Reconocimiento del maltrato infantil en el ámbito médico. Actuación prejudicial en Atención Primaria.* Rev Pediatr Atención Primaria 2000; 2: 609-628.
4. Zunzunegui MV, Morales JM, Martínez V. *Maltrato infantil: factores socioeconómicos y estado de salud.* An Esp Pediatr 1997; 47: 33-41.
5. Echeburúa E. *Personalidades violentas.* Ed Pirámide. Madrid, 1994.
6. Gallardo Cruz JA, Trianes Torres MV, Jiménez Hernández M. *El maltrato físico hacia la infancia, sus consecuencias socioafectivas.* Estudios y Ensayos. Universidad de Málaga, 1998.
7. Querol X. *Signos guía de sospecha de malos tratos. Cómo actuar.* Jano 1997;19-25.
8. Gisbert Calbuig JA. *Medicina Legal y Toxicología.* 5ª edición. Editorial Masson. Barcelona, 1998.
9. *Código Penal. 2ª edición.* Editorial COLEX. Madrid. 1996.
10. Heredia Martínez F. *Aspectos médico legales de los malos tratos a menores.* Revista Española de Psiquiatría Forense, Psicología Forense y Criminología. 1998; 4: 25-29.
11. Arroyo Castellano M. *Violencia en el medio familiar.* En: Gisbert Calabuig JA. *Medicina Legal y Toxicología.* 5ª edición. Editorial Masson. Barcelona. 1998: 444-448.
12. Ley Orgánica 1/1996, de Protección Jurídica del Menor.

