

O NENO MALTRATADO

*Luis Concheiro Carro**
 Universidade de Santiago
 de Compostela

O problema dos malos tratos na infancia é dunha gran complexidade e excede, con moito, os límites da Medicina Legal, a pesar incluso do carácter xeral co que esta disciplina se enfronta ás desviacións da conducta humana que supoñen un conflito social e unha vulneración do ordenamento xurídico. Por isto, desde a perspectiva dun especialista en Medicina Legal non podo nada máis que dar unha visión xeral deste grave problema, evitando en gran medida cuestións médicas ou médico-legais especializadas e resaltando, polo contrario, aqueles aspectos que me parecen de maior interese para un lector non implicado profesionalmente en cuestións médicas ou socio-xurídicas relativas á infancia.

Os comportamentos agresivos do ser humano cara ós seus semellantes maniféstanse con moita frecuencia no medio familiar. É coñecido que case un tercio das agresións graves teñen lugar no fogar e son inflixidas por un parente próximo. No fogar familiar ou case familiar, pola súa propia esencia, varias

persoas interrelacionadas por vínculos afectivos ou legais se encontran constrinxidas a compartir o espacio e a interactuar entre elas. Por esta razón, non debe sorprendernos que a faísca da violencia poida agromar neste medio, malia os lazos de sangue ou afectivos existentes entre os membros do grupo. De igual modo que a violencia que xorde en calquera outro medio, a que se produce no seo dunha familia pode revestir unha gran variedade de formas. Pais, fillos, esposos, irmáns agredíronse ou matáronse entre eles de modos diversos desde o mesmo momento da súa presenza sobre a terra, alterando gravemente a convivencia ata o punto de facela imposible. Un proverbio xudeu lémbra-nos: “a violencia no fogar é coma un verme nun vexetal”.

De acordo co título do artigo voume centrar na violencia contra os nenos, a pesar de que outras dúas modalidades de violencia familiar ou doméstica acaparan nos últimos tempos o interese dos medios de comunicación e

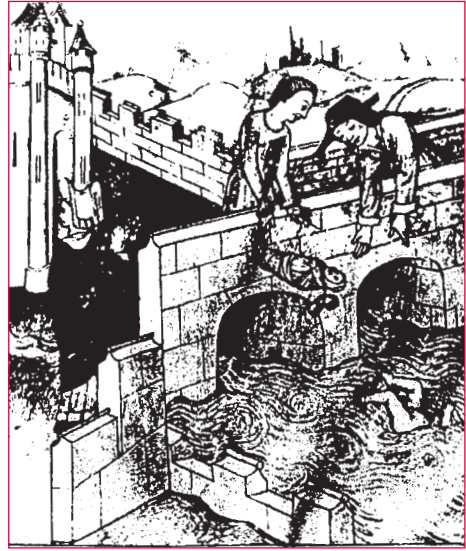
* Catedrático de Medicina Legal.

son obxecto de preocupación e estudo para unha serie moi diversa de profesionais. Trátase da violencia contra as mulleres, a chamada violencia de xénero, e a dirixida contra os anciáns, máis soterrada e sutil cá anterior e á que tal vez non se lle concedese ata agora o mesmo interese informativo. Debemos ter presente que algúns anciáns poden ser tan vulnerables e estar tan indefensos coma un neno.

A historia do maltrato infantil remóntase ós albores da Humanidade. Hai uns cinco mil anos, nas escolas de Sumer, había “un home a cargo do látego”(1)**. Desde entón a violencia contra os nenos xeneralizouse a todos os ámbitos e baixo diversas modalidades. Retrospectivamente, a violencia exercida sobre os menores tivo a súa máis dramática expresión no infanticidio—que como tipo penal desapareceu do noso vixente ordenamento xurídico—e que foi debido a diversos motivos (figura 1).

Aínda na actualidade o infanticidio feminino ou o abandono das nenas constitúe unha práctica moi común en diversos países. Na China, a partir de 1979, Deng Xiaoping adoptou unha drástica medida social, ó reducir a un o número de fillos que oficialmente podía ter unha parella. Por este motivo, a maioría dos pais, que preferían un varón, optaron por abandonar a miles de nenas nas rúas. Calcúlase que desde aquela data desapareceron 15 millóns de nenas pequenas na China, a moitas

** Os números entre parénteses remiten á bibliografía.



Augaforte do século XVII que mostra dúas nais guindando os seus fillos ó río Tiber (Figura 1).

das cales se deixou morrer de fame nas abxectas “salas da morte”, de acordo cun documental dunha canle de televisión británica. Non hai moito descubriuse que en determinados países de Oriente Medio só hai 484 mulleres por cada 1000 homes, un feito do que non se coñece a orixe, pero abonde dicir que, neses países, o período de lactancia dos nenos é de dous anos e o das nenas dun (2). Pero non é a esta violencia infantil, máis ou menos “institucionalizada”, que presenta tamén outras dramáticas facetas na explotación de menores con fins sexuais, laborais ou bélicos, á que queremos referirnos. Pretendo centrar a exposición naquela que se desenvolve nun medio concreto,

o medio familiar, e nunhas circunstancias precisas que configuran unha entidade clínica perfectamente delimitada —o neno maltratado ou golpeado— que se converteu nunha realidade incuestionable no mundo occidental trala Segunda Guerra Mundial.

Como xa sinalei, pensando nos eventuais lectores, persoas vinculadas maioritariamente á ensinanza, e no carácter interdisciplinario da cuestión, limitareime a unha exposición xeral do tema, poñendo a énfase naqueles aspectos que considero que poidan resultar de utilidade para os docentes, na medida en que posiblemente sexan os primeiros en percibir as tan a miúdo silenciosas mensaxes que os nenos envían desde o seu dramático desamparo.

A admisión desta triste realidade abriuse paso con gran dificultade na conciencia social polo que supoñía de quebranto dunhas ideas aparentemente incontrovertibles: a actitude cariñosa, atenta e vixilante dos proxenitores cara ós seus fillos. A falta de conciencia social traía aparelada a carencia dunha normativa xurídica ó respecto. Así, puido ter lugar en Nova York, hai pouco máis dun século, o feito sorprendente de que a Mary Ellen, unha nena golpeada e desnutrida, foi por fin amparada da agresividade dos seus pais adoptivos, por pedimento dos seus amigos e veciños, en virtude do recurso á Sociedade para a Prevención da Crueldade cos animais, o cal estableceu que Mary Ellen era un membro do reino animal e que debía ser separa-

da dos seus pais adoptivos por tratala cruelmente e violar deste modo as normas de Nova York sobre a crueldade cos animais. O argumento que se utilizou no proceso xudicial foi que “polo menos merecía tanta protección coma un can común” (3).

Esta realidade sociolóxica, sen embargo, non se relacionou cun grave problema médico e social ata hai relativamente poucos anos, xa que un serio golpe sobre as consciencias que fora dado polo destacado profesor de Medicina Legal francés Tardieu, na Academia de Medicina de París en 1860, tivera certamente pouca resonancia (4). O problema, desde un punto de vista médico, comezou a desvelarse en 1946 cando o radiólogo norteamericano Caffey describiu unha síndrome caracterizada por hemorraxia subdural e fracturas dos ósos das extremidades, para o que non precisou a súa verdadeira etioloxía (5). Máis tarde, en 1953, outro radiólogo, tamén norteamericano, Silvermann (6), estableceu a orixe traumática daquelas lesións e en 1955 Wooley e Evans (7) constataron a súa dependencia dunha actitude de crueldade deliberada con respecto ó neno. O que ata daquela fora un segredo a voces converteuse nun grave problema social, xurídico e médico, que conmove a conciencia humana. A posibilidade desta perturbadora realidade, designada por Kempe como “Síndrome do neno batido” (*Battered child syndrome*) (8), denominación substituída actualmente na literatura médica anglosaxona pola menos abraiante de “*Non-acci-*

dental Injury” (NAI), debería ser tida en conta non só polos profesionais da Medicina senón tamén por todas aquelas persoas que profesionalmente teñan responsabilidade na formación e benestar dos nenos.

Non existe consenso en torno ó que se debe entender por síndrome do neno maltratado e as definicións varían dun país a outro e incluso, nos Estados Unidos de Norteamérica, dun a outro Estado. De acordo co exposto con anterioridade, na miña opinión, deberían considerarse como integrantes desta síndrome soamente aquelas situacións de violencia contra os menores de idade, efectuadas no seo familiar polos pais ou persoas ó seu coidado e exercida dun modo reiterado. Sen esta delimitación conceptual considero que a análise do problema do neno maltratado sería inabarcable nos límites deste artigo e tamén se dificultaría a súa comprensión.

TIPOLOXÍA DO MALTRATO INFANTIL

Cando se utiliza a denominación de neno maltratado ou batido, ou incluso a denominación inglesa, menos drástica, de *“Non-accidental Injury”*, creo que se restrinxen, tal vez sen pretendelo, a verdadeira dimensión do problema, centrando a cuestión nas lesións traumáticas que eventualmente pode sufrir, e de feito sofre en numerosas ocasións, o menor. Tal vez se utilizásemos a expresión “violencia contra os nenos” teríamos unha visión máis

acertada da cuestión, pois o termo violencia é moito máis amplo e non necesariamente limitado ás agresións físicas. Ademais, é tamén unha denominación próxima á inglesa *“Child Abuse”* que nos parece máis acertada cá citada de *“Non-accidental Injury”* e desde logo menos ambigua ca esta.

De feito, a violencia exercida sobre os nenos pode expresarse de varias formas (9):

- Agresión física
- Síndrome de Münchhausen
- Abuso sexual
- Desatención
- Abuso psicolóxico

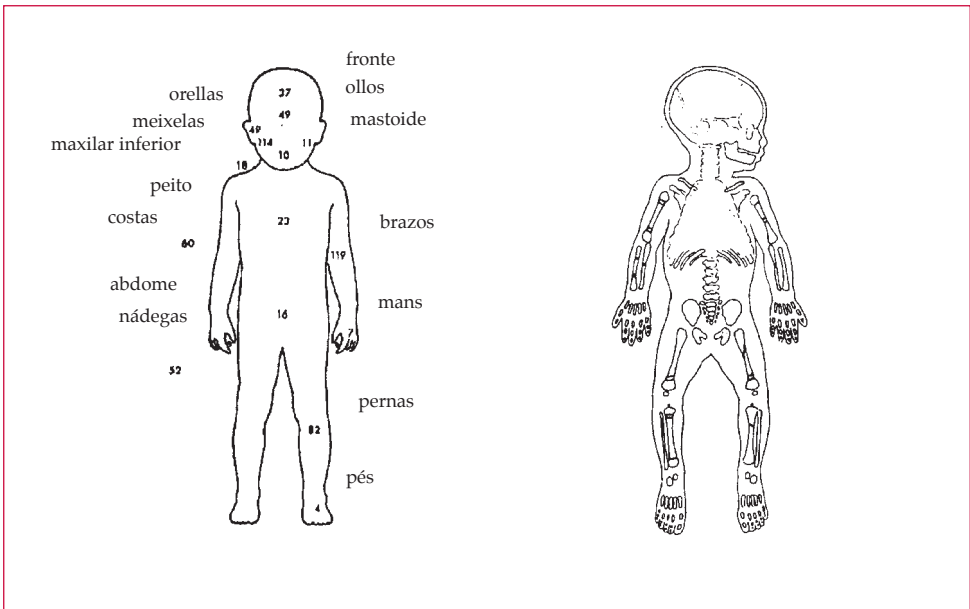
É evidente que estas distintas clases de violencia non son mutuamente excluíntes e, desgraciadamente, en moitos casos obsérvanse asociadas polo que se incrementa, se cabe, a gravidade da situación.

As *agresións físicas* constitúen a modalidade máis coñecida de violencia contra os menores e, como xa sinalamos, foi a primeira en ser recoñecida e a que propiciou a denominación máis estendida deste problema médico-social. Tamén é a máis perigosa en canto a un posible risco vital para o menor, xa que dunha agresión física poden derivarse lesións traumáticas mortais. Con todo, as mortes provocadas por malos tratos a menores son raras (10).

As agresións físicas poden realizarse por medio de traumatismos mecánicos, as máis habituais sen dúbida ningunha, ou térmicos. Outras modalidades de agresión son moito menos frecuentes.

Os traumatismos mecánicos, executados sobre todo coas mans ou pés —moito máis raramente os agresores utilizan algún instrumento, xa sexa un obxecto contundente ou unha arma

branca—, adoitan deixar como vestixios diversos tipos de lesións: equimoses (as coñecidas mazaduras), rozaduras, fracturas ou graves lesións internas en forma de hemorragias craniais ou rupturas viscerais. Nas figuras 2 e 3 pódense apreciar, respectivamente, as áreas corporais afectadas, en superficie, con maior frecuencia no maltrato físico mecánico e a distribución das fracturas descritas na pioneira publicación de Caffey (5,11).



Figuras 2 e 3.

As lesións térmicas, por queimaduras con auga quente ou incluso inflixidas co extremo en ignición dun cigarro, non teñen a frecuencia das anteriores pero suxiren unha maior

crueldade por parte do agresor. Na figura 4 pódense observar as zonas corporais máis afectadas no caso de queimaduras intencionais e accidentais (12).

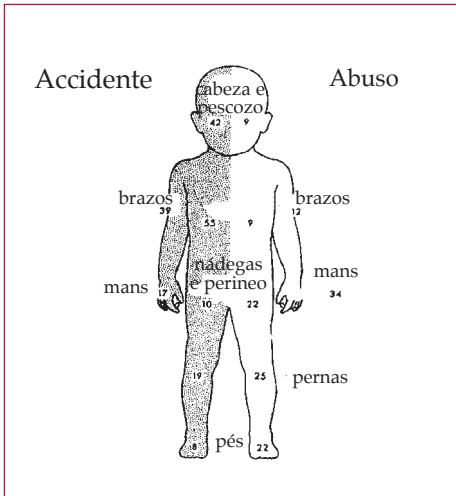


Figura 4.

Outra modalidade de agresión física ós pequenos, infrecuente pero non excepcional e que implica un mecanismo asfíctico pola obturación da boca e do nariz, será comentada máis adiante.

En ocasións, as agresións de carácter físico non supoñen unha violencia directa sobre o neno, o que, sen embargo, non implica un menor risco para este. Trátase da denominada *Shaking Baby Syndrome* que resulta das violentas sacudidas que se lles ocasionan ós nenos asidos polo tronco ou as extremidades. Deste xeito, a cabeza, dun notable peso corporal relativo e a penas retida pola moi débil musculatura do pescozo, desprázase violentamente cara a diante e cara a atrás, co que se posibilita a formación, entre outras lesións, de hemorragias intracraniais (hematoma subdural) pola

especial estrutura das meninxes nos nenos de corta idade e a oscilación que o cerebro experimenta dentro do cranio. Esta situación pode resultar extremadamente grave e determinar a morte do neno que pode non presentar, de feito, ningún outro tipo de lesións. Como parece obvio, é unha situación que se produce tan só en nenos pequenos que poden ser mobilizados facilmente e que, ademais, como dixen antes, teñen unha especial disposición das meninxes. Na figura 5 (13) resúmense as lesións e consecuencias clínicas máis significativas desta síndrome. Non obstante, a realidade foi posta en dúbida por destacados patólogos forenses que sosteñen que nestes casos tamén se producen impactos directos sobre o cranio pero coa particularidade de que, sobre todo no exame clínico, non adoitan ser detectados ó non deixar vestixio ningún en forma de contusións ou feridas no coiro cabeludo (14).

A *Síndrome de Münchhausen*, coñecida na literatura anglosaxona coa denominación *Münchhausen Syndrome by Proxi* (Síndrome de Münchhausen por poderes) (15), é unha forma moi peculiar e perigosa de abuso infantil que foi identificada non hai moito tempo e que representou un verdadeiro crebacabezas para os médicos, dun modo especial para os pediatras. A denominación déuselle por asociación co Barón Karl Friederich von Münchhausen (1720-1797), famoso polas súas fantásticas historias e como epónimo de extravagante esaxeración (9).

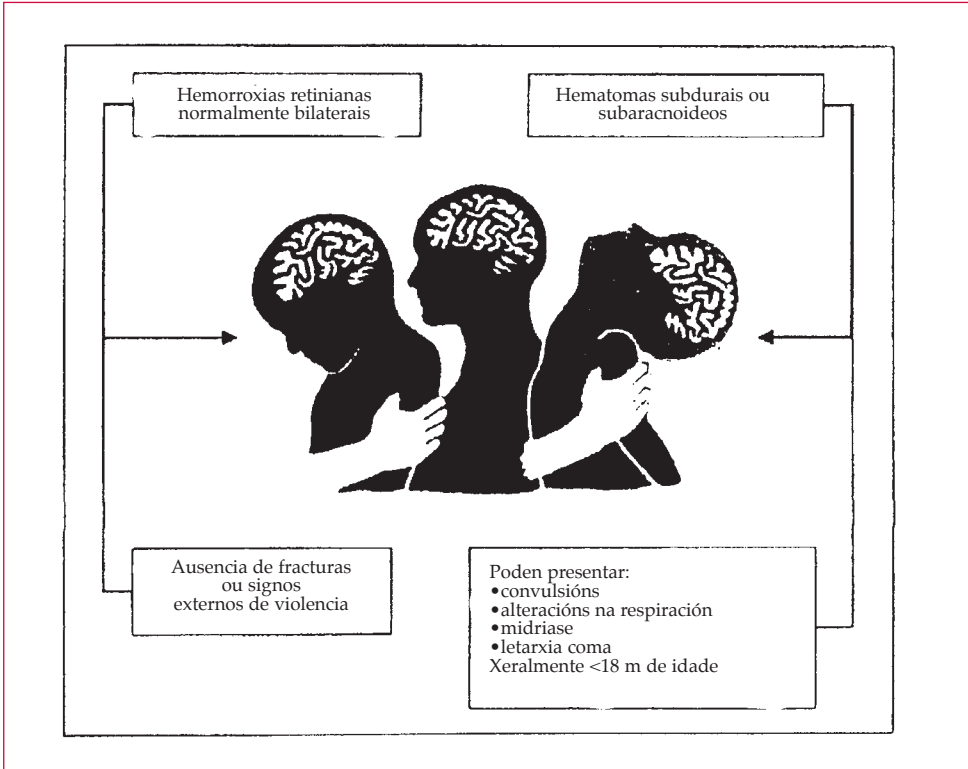


Figura 5.

Trátase da simulación ou provocación por parte da persoa a cargo do neno dun estado patolóxico. A nai acostuma ser, xeralmente, a persoa implicada no abuso. Así, o pequeno pode ser levado ó hospital cunha crise de hipoglicemia a consecuencia da administración de insulina, ou porque a nai di que os ouriños do neno teñen sangue, que ela verteu no recipiente que achega á consulta cos ouriños daquel. A boa fe dos facultativos é facilmente sorprendi-

da e os presuntos pacientes son sometidos a prolongadas e, *a posteriori*, innecesarias exploracións que, loxicamente, non revelan ningún trastorno e que, desde logo, representan un sufrimento para o pequeno. Unha e outra vez a nai insiste nas súas visitas hospitalarias para buscarlle solución ó ficticio problema do seu fillo.

Unha das manifestacións desta síndrome, á que xa me referín, é extremadamente perigosa, xa que existe un

risco considerable de morte do neno se non se detecta precozmente. Nestes casos a nai preséntase no Servizo de Urxencias dun hospital cun neno inconsciente, cianótico e, eventualmente, en paro cardíaco. Co internamento hospitalario nestes casos, como no doutras situacións de malos tratos menos dramáticas, o neno acostuma a recuperarse e unha vez dado de alta, tras un certo tempo no domicilio, reingresa cunha situación similar. A reiteración desta sintomatoloxía inexplicable e, sobre todo, a súa presentación nalgúns casos durante o propio internamento hospitalario conduciu, nun concreto, á instalación na habitación do hospital no que o neno estaba internado dun sistema de video-vixilancia, o cal permitiu demostrar como a nai sufocaba o pequeno ocluíndo os seus orificios respiratorios, o que reproducía a sintomatoloxía que propiciara o ingreso hospitalario (16). A sufocación por oclusión dos orificios respiratorios coas mans ou obxectos flexibles non adoita producir lesións rechamantes nos tecidos brandos do rostro, especialmente nos labios, polo que, en caso de falecemento, non se atopa na autopsia, xeralmente, ningún dato obxectivo que poida poñer de manifesto a verdadeira causa da morte. Na literatura médico-legal cítase algún caso verdadeiramente increíble destas mortes infantís, do que só se descubriu a verdadeira causa tardiamente e despois dunha serie de falecementos no grupo familiar que, á fin, resultaron sospeitosos. Isto conduciu a unha investigación máis coidado-

sa e á aclaración dunha situación verdadeiramente dantesca (17).

Anque a vida dos nenos corre perigo sempre que se exerce sobre eles algún tipo de violencia, a probabilidade do seu falecemento no caso de malos tratos non é elevada como citamos anteriormente. A morte violenta dun neno derívase habitualmente dunha agresión única e particularmente grave que resulta dunha explosión de violencia do agresor por motivos que se superpoñen, en parte, ós determinantes do maltrato e que analizaremos máis adiante, pero sen que medie necesariamente unha fase previa daquel. Son os denominados "*Impulse or Angry Homicides*" (homicidios impulsivos ou por furia) na literatura médico-legal anglosaxona (18).

O *abuso sexual* é unha categoría de violencia infantil moi importante. Non nos imos referir neste artigo, a pesar do seu indubidable interese e importancia social, á violencia sexual institucionalizada contra os nenos, desde a pornografía infantil ata o escandaloso turismo sexual. Non podo deixar de referirme aquí, sen embargo, á brutal mutilación sexual á que, en certas "culturas" se somete as nenas, desde a circuncisión feminina ata a horrenda infibulación faraónica. Nestas situacións existe á par que unha cruel violencia infantil, unha non menos execrable violencia de xénero. As recomendacións da Comisión das Nacións Unidas sobre os Dereitos dos Nenos non parece que tivesen ata o presente a eficacia desexada para suprimir en numerosos es-

tados estas prácticas tan daniñas para a saúde e desenvolvemento persoal das nenas (9).

Ó igual que nos casos de violencia física inclúense nesta categoría de malos tratos aquelas situacións que se circunscriben ó ámbito doméstico e nas que adoitan estar implicados os familiares do pequeno ou persoas moi próximas ó núcleo familiar. A agresión sexual pode revestir múltiples formas e, en xeral, non implica lesións moi graves pois o pederasta trata de non facer obvio o seu comportamento desviado e, deste modo, prolongar temporalmente o abuso. Coma no caso das agresións físicas, se a agresión sexual é grave e un acto illado, lamentablemente vai seguida, nun elevadísimo número de casos, da morte do menor sexualmente violentado. Están especialmente expostos a este tráxico destino os que pola súa idade poden denunciar a agresión e identificar o responsable.

Outra modalidade de violencia contra os nenos é a *desatención*, no sentido de falta de coidados de toda índole pero sobre todo coa súa máis evidente consecuencia: a desnutrición. Una vez máis debemos procurar distinguir a situación derivada dunhas condicións sociais e económicas moi deficientes que afectan unha comunidade ou incluso países enteiros, da actitude deliberada e consciente duns pais ou coidadores de non lles dar a un ou varios dos nenos unha correcta alimentación, hixiene e coidados médicos, cando poderían facelo a teor dos seus medios económicos ou, en defecto des-

tes, pola dispoñibilidade dos servicios sociais pertinentes no país no que residen. Nestas situacións, sen embargo, establecer o límite entre o que é maltrato ou simple consecuencia da marxinalidade social do grupo no que vive o neno pode ser unha cuestión moi complexa.

Por último, é posible causarlle un serio dano a un neno sen recorrer á violencia física. Isto pode producirse por medio do *abuso psicolóxico ou emocional*, denominacións que para algún autor presentan matices diferenciais (19). Persoalmente resúltame difícil establecer algunha matización entre esas dúas denominacións e por isto optarei pola súa identidade conceptual. Esta acción prexudicial sobre o psiquismo dos nenos, se ben é posible teoricamente como unha forma de abuso illada, é moito máis frecuente como acompañante de todas as outras formas de violencia ás que nos referimos anteriormente. Ninguén pode imaxinarse que un neno que é agredido física ou sexualmente non experimente un indíxible dano emocional, independentemente de que o agresor poida ser, no caso do abuso sexual, especialmente “atento” e “afectuoso” cara á vítima buscando a súa complicidade e por ende o seu silencio. O modo como se expresa esta violencia emocional é tamén extremadamente variable e diferentes formas de agresión psicolóxica poden superpoñerse nunha situación particular. A clasificación proposta por Hard e Brassard (20) integra seis tipos de abuso psicolóxico: rexeitamento,

desprezo, amedrentamento, illamento, indiferencia afectiva e corrupción, que se poden exercer sobre os nenos, danando gravemente o seu benestar e hipotecando o correcto desenvolvemento da súa personalidade.

EPIDEMIOLOXÍA DO MALTRATO INFANTIL

En canto á incidencia deste grave problema médico e social, os datos de que dispoñemos son fragmentarios e reflicten soamente unha parte; sen dúbida se pode dicir que unicamente vemos o cabo do nobelo. A súa incidencia real, pois, descoñécese. O que é evidente é que o maltrato infantil, en xeral, é moito máis frecuente do que se pensa e admite, e constitúe unha importante causa de morbi-mortalidade infantil. Estímase que tan só se denuncia un 10% de todos os casos que teñen lugar (21).

Como queira que en España a incidencia debe ser similar á doutros países do noso contorno sociocultural, voume referir ós datos da ODAS francesa (Observatoire Nationale de l'action Social Décentralisée). En 1995, denunciáronse 7000 casos de violencia física, 5500 de abuso sexual e 7500 de desatención e abuso psicolóxico; e 45000 nenos, se ben de feito non foran violentados en calquera das modalidades descritas, considerábanse como unha poboación de risco (estes datos refírense ó conxunto de Francia que en 1998 tiña unha poboación de 58,6 millóns de habitantes). Entre 1994 e

1995 produciuse un incremento dun 12% dos casos denunciados e isto probablemente por dúas razóns: a primeira, polo incremento real do número de casos de violencia infantil e a segunda por unha maior efectividade na detección e denuncia destas situacións (9).

O maltrato infantil ten lugar en todos os países e pode afectar a calquera clase social. A idea de que "este problema non pode suceder neste país", á vez que un prexuízo erróneo, pode resultar trágico para un neno.

Se ben o maltrato pode afectar a rapaces de calquera idade, con maior frecuencia recae sobre os máis pequenos, porque non saben falar ou porque o seu testemuño non se valora correctamente. Por outra parte, os nenos que son maltratados por algún membro da familia poden non desvelar o maltrato, non só por medo a sufrir novas agresións senón tamén polos lazos afectivos que adoitan manter co agresor, malia o comportamento deste.

Na análise epidemiolóxica do maltrato infantil é posible detectar unha serie de factores de risco que favorecen a materialización deste comportamento agresivo da especie humana que, dito sexa de paso, ten moi escasos equivalentes noutras especies animais. As nais esquiños, por exemplo, vólvense intolerantes pouco despois do parto e expulsan as crías por medio de actitudes ameazantes, mordedelas e golpes coas patas (22), pero por unha razón que, probablemente, teña algunha finalidade desde o punto de vista

biolóxico e non é gratuíta e irrelevante para a especie como o é a agresividade humana nos supostos de maltrato infantil.

Xa mencionei que o maltrato pode ter lugar en calquera clase social, pero é unha realidade innegable que os nenos que pertencen a unha familia por debaixo do nivel de pobreza e con pais mozos están nunha situación de maior risco. O desemprego, a promiscuidade ou o illamento social son factores de risco concretos nese contexto socio-familiar, así como a deficiente comunicación oral, situación na que os actos substitúen as palabras, anque isto último non sexa exclusivo, nin moito menos, das clases economicamente máis desfavorecidas.

O alcoholismo, a drogodependencia e a enfermidade mental son outros importantes factores de risco, especialmente os dous primeiros. Un comentario moi común das mulleres de alcohólicos é “o pai é moi cariñoso cos fillos cando está sobrio pero perde os nervios cando está embriagado”.

O maltrato infantil inscíbese moi frecuentemente nun ambiente de violencia doméstica xeneralizada. Un 75% das mulleres maltratadas refiren que o maltrato afecta tamén os seus fillos (23).

Un aspecto moi significativo nas situacións de maltrato infantil é o feito de que o agresor fose vítima, á súa vez, de malos tratos durante a súa infancia. Trataríase dunha pseudo-herdanza do maltrato. Para Graciano e



A canalla da xenebra. Gravado de Hogarth, 1751, onde se mostra unha nai alcohólica que deixa caer o seu fillo ó baleiro.

colaboradores (24) este antecedente constitúe un dos máis destacados criterios de predicción dun eventual comportamento agresivo dunha persoa con respecto ós seus fillos.

Existen, por último, outra serie de factores en relación cos propios nenos que poden precipitar unha situación de malos tratos (9). Así, son moito máis propensos a padecelos os menores de 2 anos (25) e os cativos con deficiencias físicas ou trastornos caracterolóxicos (9). Ademais, calquera atraso en establecer unha adecuada relación afectiva

pais-fillo, como un prolongado internamento hospitalario, pode contribuír á aparición dunha situación de malos tratos. Por último, describiuse un incremento da violencia infantil nas familias con xemelgos (26).

DETECCIÓN DO MALTRATO INFANTIL

O problema da detección do maltrato infantil é extremadamente delicado e difícil. Non sempre certas alteracións corporais, especialmente aquelas que poden facer pensar en que tivesen lugar manipulacións xenitais, obedecen a unha situación de malos tratos e deberanse, pola contra, a padecementos de causa natural que simulan aquela situación. Por outra parte, hai unha gran resistencia por parte dos médicos, educadores, coidadores e da sociedade en xeral a admitir ese diagnóstico. Para complicar aínda máis o problema pode suceder que o neno presente indubidables lesións traumáticas pero que non foron inflixidas coa finalidade de agredilo senón, polo contrario, de curalo dalgún padecemento. Tal é o caso do uso, nas denominadas medicinas tradicionais, de certos procedementos terapéuticos que actualmente ós occidentais nos resultan inimaxinables por agresivos e ineficaces. Así, no Cao-Gio utilizado nos países do sueste asiático, no que se trata os nenos febrís por medio de masaxes nas costas, ó longo dos espazos intercostais, cunha culler quente (27). Isto confírelle ó dorso do pequeno un aspecto similar ó que tería se fose golpeado cun obxecto contun-

dente. Esta situación ou outras similares, anque aínda excepcionais no mundo occidental, poderían ser cada vez máis frecuentes polo incremento dos fluxos migratorios que traen consigo novos costumes alleos ós nosos hábitos culturais e que poden ser, por conseguinte, erradamente interpretados nos países occidentais (28). Non se pretende nestes casos do Cao-Gio, evidentemente, maltratar o neno senón curar ou aliviar a súa enfermidade. Para non caer nun soberbio etnocentrismo, non debemos esquecer, a este respecto, que non hai aínda moito tempo, entre nós, os pacientes afectos dunha pneumonía eran sometidos ó suplicio ineficaz das ventosas, versión occidental, felizmente superada, do Cao-Gio asiático.

Máis ca un enfoque estritamente médico da cuestión do diagnóstico dos malos tratos paréceme adecuado destacar certos feitos, que non só ós médicos ou outro persoal sanitario lles van resultar de utilidade para poñer de manifesto unha situación de maltrato, senón que poden facer posible que persoas legas en Medicina, pero con acceso ó menor, sospeiten a existencia de malos tratos e con isto faciliten a súa detección precoz. Para expoñelos seguirei en parte a proposta de Speight (22).

En primeiro termo, nas situacións de maltrato infantil adoita haber un característico atraso na busca de axuda médica por parte dos pais ou persoas coas que o neno convive. Cando este se lesiona accidentalmente, os pais ou os

seus coidadores acostuman acudir rapidamente a un centro sanitario en busca de axuda. Unha demora non xustificada debe ser sempre interpretada como unha conducta sospeitosa das persoas ó coidado do menor.

O que relatan os pais que traen o neno á consulta médica, é dicir, a historia clínica do caso, pode tamén ser moi suxestivo. Adoita haber discrepancias, omisións e, sobre todo, incompatibilidades entre o que se nos refire e o que imos observando na exploración do paciente. Será a habilidade do médico, habitualmente un pediatra, a que consiga abrirse camiño nese labirinto de silencios, medias verdades ou mentiras no que o agresor trata de zafarse e ocultar a verdade.

A natureza, localización e período evolutivo das lesións son criterios fundamentais desde o punto de vista médico para lograr o diagnóstico. Certas lesións son bastantes características da existencia de malos tratos —equimoses alongadas no dorso ou nas nádegas, rotura do freo do beizo superior, zonas circunscritas de alopecia no coiro cabeludo, poñamos por caso— como especialmente o é que as lesións traumáticas presenten un diferente período evolutivo. Isto é, nos casos de malos tratos acostúmase a observar que o neno presenta, por exemplo, unha equimose de cor violeta —coloración que corresponde a unha contusión inflixida hai pouco tempo— xunto a outra ou outras verde-amareladas que denotan unha antigüidade maior e que, por conseguinte, deberon ser producidas nunha ocasión

anterior ó momento en que se efectúa a consulta. Para dicilo con outras palabras, que o neno debeu ser golpeado en máis dunha ocasión. O estudio radiográfico pode tamén poñer de manifesto nestes casos, xunto á fractura recente dunha extremidade, outras fracturas xa consolidadas ou en vías de facelo nestas ou noutras estruturas óseas. Nestes casos a sospeita de malos tratos rolda a certeza.

O comportamento dos pais ou das persoas a cargo do neno debe centrar tamén a nosa atención. Sen pretensións de lograr un diagnóstico psiquiátrico nunha entrevista de urxencia, é evidente que certos comportamentos anómalos daquelas persoas deben facernos pensar nun posible caso de maltrato. Tamén o neno maltratado pode evidenciar trastornos de conduta ou unha relación pouco habitual cos pais.

É obvio que a revelación do maltrato por parte do neno, se é posible en razón da súa idade, ou a denuncia de testemuñas, diminúen considerablemente as dificultades diagnósticas. Esta posibilidade é infrecuente, pois xa sinalamos que o neno tende a calar o seu drama por medo ou porque os lazos afectivos que o unen ó seu agresor non se romperon totalmente e quere protexelo. Incluso o neno pode pensar que el é responsable de provocar o abuso (9). A relación agresor-víctima pode ser extraordinariamente complexa desde o punto de vista psicolóxico e non sempre corresponde

a unha situación de violencia cega e primitiva.

A desatención do menor co seu cortexo de sucidade e desnutrición adoita resultar evidente na maior parte dos casos.

Moito máis difícil é a demostración do abuso psicolóxico ou emocional, que debido ó seu carácter sutil pode pasar por completo desapercibido. Serán os efectos a medio e longo prazo, coas súas indubidables repercusións no plano psicolóxico que menoscaban o desenvolvemento dunha personalidade harmónica e intelctualmente eficiente do neno, os que revelen a existencia desta modalidade de maltrato. Ante nenos con baixo rendimento escolar e trastornos de conducta deberíase valorar sempre esta posibilidade.

Extremadamente graves son as situacións de abuso sexual e, en bastantes ocasións, moi difíciles de probar. A pediatra norteamericana, recoñecida experta neste campo, Astrid Heger (30) estableceu unha serie de indicadores médicos e conductuais que, de estar presentes, deben alertar sobre a posible existencia dunha situación de abuso sexual. Non nos imos referir ós indicadores médicos por consideralos moi especializados pero si ós conductuais ou de comportamento pois en moitísimas ocasións son as persoas do contorno do pequeno ou os seus propios pais quen os detectan en primeiro lugar.

Como resposta a unha agresión recente os nenos pequenos adoptan

unha actitude de grande apego á súa nai e irritabilidade.

Nos abusos crónicos os trastornos de conducta son moito máis variados. Así, o neno pode manifestar conductas regresivas (como a perda de control dos esfínteres ou o retorno á succión do polgar); trastornos do sono (pesadelos, somnambulismo, enures nocturna ou imposibilidade de durmir só); alteracións do comportamento alimentario, xa sexa baixo a forma de anorexia ou de bulimia; problemas escolares (perda da concentración, baixo rendimento); anomalías do comportamento social (interacción difícil cos seus compañeiros, agresividade contra eles ou unha conducta impropriamente sexualizada para a súa idade); e, por último, alteracións do comportamento máis xerais como sentimentos de culpabilidade, depresión e ideas de suicidio. En nenos maiores a delincuencia, fugas, drogodependencia ou vagas queixas dixestivas ou xinecolóxicas, poden configurar o espectro dos indicadores de alarma.

Quixera chamar a atención do lector sobre o carácter inespecífico de todas estas manifestacións e, polo tanto, conferirlles un valor patognomónico, isto é, de significado e valor indiscutibles, no proceso diagnóstico sería en extremo imprudente. Tan só a conxunción con achados médicos incontrovertibles pode confirmar a sospeita suscitada por aqueles sinais de alarma. Rumores de veciñanza non confirmados ou diagnósticos médicos infundados poden ter consecuencias persoais para os sospeitosos moi prexudiciais

cando non dramáticas. O papel dos medios de comunicación, que sempre debería ser ponderado, nestas situacións ten que ser particularmente escrupuloso, o que, desgraciadamente e a pesar do tan invocado segredo do Sumario, non sempre se axusta a esta esixencia xudicial e a elementais principios éticos.

Anque o diagnóstico médico de todas as situacións de malos tratos constitúe a pedra angular para a detección deste problema médico-social, non debemos esquecer que a propia sociedade, sexa pola contribución individual dos cidadáns, sexa especialmente a través da acción das institucións de asistencia socio-familiar e dos órganos xudiciais, pode e debe contribuír eficazmente á detección do maltrato e, desde logo, como veremos máis adiante, á súa prevención e tratamento.

CONSECUENCIAS DOS MALOS TRATOS NA INFANCIA

Como debe resultar xa obvio, a violencia exercida sobre os nenos, en calquera das súas variantes, pode ter serias consecuencias para eles.

Debido á reiteración das agresións físicas ou, máis frecuentemente, a unha agresión particularmente violenta no curso do abuso crónico, o neno pode sufrir unha lesión mortal. Na maioría das ocasións esta lesión radica no cranio, en forma de hemorraxia intracranial ou lesión cerebral. Con menor frecuencia, as lesións mortais

localízanse no abdome e a morte é a consecuencia da ruptura dun órgano abdominal, especialmente do fígado.

Pero aínda non se producindo un resultado tan lamentable, o maltrato infantil leva consigo con frecuencia unha serie de secuelas de orde física, por exemplo, perda de visión, deformidades óseas por fracturas mal consolidadas, epilepsia postraumática, que poden xerar importantes discapacidades para o desenvolvemento dunha vida normal.

Con todo, os efectos a medio e longo prazo máis significativos vanse presentar na esfera psíquica, e caracterízanse por unha ou varias das manifestacións seguintes: trastornos afectivos e do comportamento; retardo do desenvolvemento e dificultades de aprendizaxe, predisposición a padecer trastornos psiquiátricos na vida adulta e, un risco elevado, como xa sinalamos anteriormente, de se converteren eles mesmos en agresores dos seus fillos. Nun estudio realizado sobre 170 nenos e orientado a valorar o impacto do abuso infantil (31), os autores apreciaron que os nenos que sufriron abuso, 10 anos despois de se realizar o diagnóstico, eran moito máis proclives a presentar trastornos de conducta no fogar e na escola, tiñan máis dificultades cos amigos e resultados máis baixos en certos tests cognitivos. Nese estudio era evidente, tamén, que a persistencia do maltrato, a combinación de diferentes formas deste ou a súa asociación coa desatención, se combina cun peor pronóstico.

Aínda cando a maioría dos nenos maltratados sofren graves secuelas emocionais, algúns sorprendentemente toleran ben esa situación. Esta capacidade foi denominada resistencia (*resilience*). Mrazek e Mrazek (32) identificaron as características da personalidade que predispoñen a esta resistencia. Pola súa parte, Herrenkohl e colaboradores (33) sinalaron, como factores cruciais para explicala, a importancia do apoio doutros membros da familia e da comunidade, xunto á determinación para ser diferentes dos seus pais agresores.

PREVENCIÓN DO MALTRATO INFANTIL

O mellor modo de evitar o maltrato infantil é, sen dúbida, previlo; e a prevención debe realizarse a tres niveis.

Na denominada prevención primaria o obxectivo é erradicar o maltrato da poboación en xeral. Isto pode parecer nos un obxectivo utópico pero resulta indubidable que o desenvolvemento e implantación de medidas que favorezan a harmonía social e o progreso da Pediatría Social, poderán ser procedementos eficaces para eliminar ou polo menos diminuír este comportamento anómalo da especie humana.

A prevención secundaria refírese á actuación sobre as familias consideradas de risco. Os factores de risco deberán ser identificados durante o embarazo (34) ou nos primeiros controis posnatais (35). Non debemos, sen

embargo, ignorar as dificultades que isto supón, pois as familias nas que pode presentarse unha situación de malos tratos son pouco proclives tanto á vixilancia médica durante o embarazo da nai como a un control médico do desenvolvemento e estado de saúde dos fillos. Sería pois moi recomendable establecer programas de prevención, con carácter obrigatorio, para as familias de risco.

O nivel terciario de prevención entra en xogo cando se detecta un caso de malos tratos e se procura interrompelo e minimizar as súas consecuencias, axudando o neno e a familia.

Debemos de ter en conta que a valoración das situacións de abuso é unha tarefa interdisciplinaria e que un médico non pode abarcar os distintos aspectos deste grave problema. Un equipo *ad hoc* debería estar formado por un médico (pediatra ou médico de familia), un psicólogo ou psiquiatra, un asistente social e un médico forense (9). O internamento hospitalario pode ser, inicialmente, a mellor solución para interrompelo, anque non haxa lesións graves e sempre tendo presente a posibilidade de que o maltrato poida seguir a producirse no propio hospital, como xa referimos a propósito da síndrome de Münchhausen. Na maioría dos casos conséguense, non obstante, unha protección inmediata e unha maior facilidade para efectuar o traballo interdisciplinario (9).

PROTECCIÓN XURÍDICA DO MENOR E DENUNCIA DA VIOLENCIA

Xa sinalamos ó principio deste artigo como houbo que recorrer a un subterfuxio xurídico para protexer a nena neiorquina Mary Ellen das agresións dos seus pais adoptivos. Desde aquela é evidente que a situación cambiou radicalmente, polo menos no mundo occidental.

Existe na actualidade unha extensa protección legal dos menores. Os lectores interesados nesta cuestión poden consultar ó respecto a publicación de Vidal Casero (36). Abondaranos con sinalar neste artigo que o quebranto da saúde física ou psíquica do menor está explicitamente contemplado no noso ordenamento xurídico, como delicto, no artigo 153 do Código Penal, que engloba todos os supostos de violencia familiar ou case familiar nos que se vexa comprometido o ben xurídico da saúde daquelas persoas que teñan unha relación de dependencia e unha convivencia estable co agresor. Nesta norma especificase, ademais, que o maltrato debe ser habitual e non un feito esporádico, como sinalamos ó precisar o concepto de malos tratos. A habitualidade poderá ser afirmada anque os actos de violencia recaian sobre diferentes suxeitos pasivos (muller ou fillos). Outro aspecto interesante desa norma é que a violencia psicolóxica ou emocional sobre os fillos pode ser apreciada polos xuíces cando os menores só sexan meras testemuñas da que o pai exerce fisicamente sobre a

súa nai (37). Os artigos 617 e 620 do Código Penal contemplan outras situacións de maltrato de menor transcendencia xurídico-penal.

O artigo 153 non esgota, xuridicamente, todas as posibilidades de represión deste tipo de conductas. De feito, polo concurso de delictos, aquelas situacións que dean lugar a lesións ou á morte do neno serán tamén penadas de acordo coas correspondentes disposicións do Código Penal que contemplan os delictos de lesións e o de homicidio.

Por último, a protección xurídica do menor en caso de malos tratos complementase coa restricción ou anulación dos dereitos civís do agresor con respecto ó neno, isto é, coa privación total ou parcial da patria potestade (artigo 170 do Código Civil).

Hai aínda unha notable resistencia a aceptar, non só por parte dos profesionais implicados na prevención e resolución deste problema senón tamén da sociedade en xeral, a realidade do maltrato infantil. Recentemente, Killen (38) intentou explicar as razóns desta resistencia no persoal sanitario, identificando unha serie de estratexias que, máis ou menos conscientemente, utilizamos para ignorar ou minimizar esta perturbadora realidade. Pero as persoas que profesionalmente se ocupan da saúde e benestar dos nenos, particularmente os médicos, deben saber que teñen a obriga legal de denunciar estes feitos por moita perturbación e incomodidade que lles ocasiona (artigo 262 da Lei de Axuízamento

Criminal). Por último, debo sinalar que esta obriga de denuncia non se circunscribe ós profesionais da sanidade e que é tamén un deber que todos temos en canto simples cidadáns (artigo 259 da Lei de Axuizamento Criminal).

BIBLIOGRAFÍA

- 1.- Simpson, K. (1973): "Child Abuse-The Battered Baby", en A. Keith Mant, *Modern Trends in Forensic Medicine-3*, Londres, Butterworths, 19.
- 2.- Morris, D. (2000): *Masculino y Femenino. Claves de la sexualidad*, Barcelona, Plaza y Janés, 186 e ss.
- 3.- Gómez de Terreros, I. (1997): *Los profesionales de la salud ante el maltrato infantil*, Granada, Comares, 2ª ed., 23.
- 4.- Tardieu, A. (1860): "Étude médicolegale sur les sévices et mauvais traitements exercés sur les enfants", *Annales d'Hygiène Publique et de Médecine Légale*, 13, 361-398.
- 5.- Caffey, J. (1946): "Multiple fractures in the long bones of Infants suffering from chronic subdural hematoma", *American Journal of Roentgenology*, 56, 163-173.
- 6.- Silverman, FN. (1953): "The roentgen manifestations of unrecognised skeletal trauma in infants", *American Journal of Roentgenology*, 69, 413-426.
- 7.- Wooley, PV., e Wa. Evans (1955): "Significance of skeletal lesions in infants resembling those of traumatic origin", *Journal of American Medical Association*, 158, 539-543.
- 8.- Kempe, C., FN Silverman, B. Steele, W. Droegmuller e H. Silver (1962): "The battered child syndrome", *Journal of American Medical Association*, 181, 17-24.
- 9.- Nathanson, M. (2000): "The physically and emotionally abused child", en JK Mason e BN Purdue, *The Pathology of Trauma*, Londres, Arnold, 3ª ed.
- 10.- Birchall, E. (1992): "Frecuencia de los malos tratos a menores ¿Qué sabemos realmente?", en O. Stevenson, *La atención al niño maltratado*, Barcelona, Paidós, 11.
- 11.- Buchanan, MFG. (1993): en CJ. Hobbs, HGI. Hanks e JM. Wynne, *Child Abuse and Neglect. A Clinician's Handbook*, Edimburgo, Churchill-Livingstone, 54.
- 12.- Hobbs, CJ. (1993): en CJ Hobbs, HGI Hanks e JM Wynne, *Child Abuse and Neglect. A Clinician's Handbook*, Edimburgo, Churchill-Livingstone, 84.
- 13.- Martínez Jarreta, MB. (2000): "Síndrome del niño maltratado", *Ciencia Forense*, 2, 19-57.
- 14.- Di Maio, VJ, e D. di Maio (2001): *Forensic Pathology*, Boca Raton, CRC Press, 2ª ed., 538.
- 15.- Meadow, R. (1997): "Münchhausen syndrome by proxy: the hinterland of child abuse", *Lancet*, 2, 343-345.
- 16.- Rosen, CL, JD Frost, T. Bricker, JD Tarnow, PC Illette e S. Dunlavy (1983): "Two siblings with recurrent cardiorespiratory arrest: Munchhausen syndrome by proxy or child abuse?", *Pediatrics*, 71, 715-720.
- 17.- Baden, M. (1992): *Unnatural Death. Confessions of a Forensic Pathologist*, Londres, Warner Books, 110.

- 18.- Di Maio, VJ, e D. di Maio, *op. cit.*, 546.
- 19.- O'Hagan, KP. (1995): "Emotional and psychological abuse: problems of definition", *Child Abuse and Neglect*, 19, 449-461.
- 20.- Hart, S., e M. Brassard (1987): "A major threat to children's mental health: psychological maltreatment", *American Psychologist*, 42, 160-165.
- 21.- Nóvoa Gómez, G. (2002): "Estudio del maltrato infantil en la provincia de Ourense en los años 2000-2001", *Memoria para el Diploma de Estudios Avanzados*, Universidade de Santiago de Compostela.
- 22.- Eibl-Eibesfeldt, I. (1974): *Etología*, Barcelona, Omega, 428.
- 23.- Straus, MA, RJ Gelles e S. Steinmetz (1980): *Behind closed doors: violence in the American family*, Nova York, Anchor Press.
- 24.- Graciano, AM, JL Hamblen e WA. Plante (1996): "Sub-abusive violence in child rearing in middle-class American families", *Pediatrics*, 98, 845-851.
- 25.- Lauer, B., E. ten Broeck e M. Grossman (1974): "Battered child syndrome: review of 130 patients with controls", *Pediatrics*, 54, 67-70.
- 26.- Groothuis, JR. (1982): "Increased child abuse in families with twins", *Pediatrics*, 70, 769-773.
- 27.- David, A., F. Méchinaud, JC Roze e JF Stalder (1986): "Une observation de 'Cao-Gio'. Confusion possible avec des sévices", *Archives Françaises de Pédiatrie*, 43, 147.
- 28.- Davis, RE. (2000): "Cultural health care or child abuse? The Southeast Asian practice of cao gio", *Journal of American Academy of Nurse Practice*, 12, 89-96.
- 29.- Speight, N. (1993): "Nonaccidental injury", en *ABC of Child Abuse*, Londres, BMJ Publishing Group, 2ª ed.
- 30.- Heger, A., J. Emans e D. Muran (2000): *Evaluation of the Sexually Abused Child*, Oxford University Press, 2ª ed., 4.
- 31.- Gibbons, J., B. Gallagher, C. Bell e D. Gordon (1995): "Development after physical abuse in early childhood. A follow-up study of children on the Child Protection Registers", *Her Majesty's Stationery Office*, Londres.
- 32.- Mrazek, PJ, e DA Mrazek (1987): "Resilience in maltreatment victims: a conceptual exploration", *Child Abuse and Neglect*, 11, 357-366.
- 33.- Herrenkohl, EC, RC Herrenkohl e B. Egolf (1984): "Resilient early school-age children from maltreating homes: outcomes in late adolescence", *American Journal of Orthopsychiatry*, 64, 301-309.
- 34.- Berthier, M., C. Baraud, M. Daban, A. Paget, MC Hay, A. Charrier e D. Oriot (1995): "Evaluation of the psychosocial care in maternity: experience at the Poitiers University Hospital", *Archives de Pédiatrie*, 2, 840-842.
- 35.- Brayden, RM, WA Altameier, MS Dietrich, DD Tucker, MJ Christensen, J. McLaughlin e KB Sherrod (1983): "A prospective study of secondary prevention of child maltreatment", *Journal of Pediatrics*, 122, 511-516.
- 36.- Vidal Casero, MC. (2002): "La evolución legislativa de la protección al menor, la defensa de sus derechos y la atención a su salud", *Derecho y Salud*, 10, 219-230.

37.- García Álvarez, P., e J. del Carpio Delgado (2000): *El delito de malos tratos en el ámbito familiar*, Valencia, Tirant lo Blanch, 87-89.

38.- Killen, K. (1996): "How far have we come in dealing with the emotional challenge of abuse and neglect?", *Child Abuse and Neglect*, 20, 791-795.



Luis CONCHEIRO CARRO, "O neno maltratado", *Revista Galega do Ensino*, núm. 39, maio, 2003, pp. 37-56.

Resumo: O problema do neno maltratado é dunha gran complexidade e a súa resolución require un enfoque interdisciplinario. Aínda que a historia do maltratamento infantil se remonta ós albores da humanidade, a admisión desta grave cuestión abriuse paso con dificultade na conciencia social. Hoxe reconécese como tal o que ten lugar no fogar e é efectuado polos pais ou cuidadores dun xeito reiterado. Pode adoptar varias formas e as súas consecuencias acostuman ser graves, aínda que rara vez mortais. Téñense identificado unha serie de circunstancias pessoais e ambientais determinantes do maltratamento. A súa detección adoita ser difícil. As medidas preventivas son fundamentais, así como o desenvolvemento dunha eficiente protección legal dos nenos.

Palabras chave: Neno maltratado. Abuso infantil. Maltratamento infantil. Infanticidio.

Resumen: El problema del niño maltratado es de una gran complejidad y su resolución requiere un enfoque interdisciplinario. Aunque la historia del maltrato infantil se remonta a los albores de la humanidad, la admisión de esta grave cuestión se ha abierto paso con dificultad en la conciencia social. Hoy se reconoce como tal el que tiene lugar en el hogar y es efectuado por los padres o cuidadores de un modo reiterado. Puede adoptar varias formas y sus consecuencias suelen ser graves, aunque rara vez mortales. Se han identificado una serie de circunstancias personales y ambientales determinantes del maltrato. La detección de éste suele ser difícil. Las medidas preventivas son fundamentales, así como el desarrollo de una eficiente protección legal de los niños.

Palabras clave: Niño maltratado. Abuso infantil. Maltrato infantil. Infanticidio.

Summary: Child abuse is a very complicated issue and requires an interdisciplinary approach. Although it appears very early in the history of humanity, there was a great social reluctance to admit it until recently. Nowadays, child abuse means the physical or psychological maltreatment of a child by his/her parents, baby-sitter or similar, at home and time and again. Abuse may have serious consequences, though it seldom causes death. Several personal and environmental significant circumstances that can explain the abuse have also been determined. Its identification is usually difficult, and both prevention and the enactment of efficient laws for child protection are essential.

Key-words: Abused child. Child abuse. Child maltreatment. Infanticide.

— Data de recepción da versión definitiva deste artigo: 12-02-2003.

