

# CAPITULO # 5

## SINDROME DEL NIÑO AGREDIDO

### EN HONDURAS

**DR. DENNIS A. CASTRO BOBADILLA**  
**DRA. AREMA DICKERMAN KRAUNICK**

#### INTRODUCCION

El síndrome del niño agredido es un problema que se presenta desde tiempos muy antiguos con grados variables de aceptación social, tiene características mundiales y no está asociado a determinada cultura, raza religión, sistema político o económico.

A través de la historia podemos darnos cuenta que el infanticidio, los malos tratos y la explotación de los niños eran drásticas permitidas, sin que se preocupara por evitarlos o castigar a los culpables.

#### JUSTIFICACION

En vista de la abrumante frecuencia con que se presenta en nuestro medio la agresión de menores, sin que se preste la adecuada atención a dicho problema que día a día aumenta en forma alarmante sin que se plantee una solución a la misma.

Con el presente trabajo pretendemos hacer conciencia y llevar un análisis serio y consciente para así lograr la colaboración desinteresada de todos los ciudadanos y especialmente del personal jurídico y médico, para el establecimiento de mejores medidas correctivas encaminadas a erradicar las diferentes formas de abuso hacia el niño.

#### OBJETIVOS

Determinar el total de casos reportados de síndrome del niño agredido reportados al Depto. Médico Legal del D.C. durante 1991, en la edad comprendida de 0 a 15 años.

#### ESPECIFICOS:

1. Identificar el sexo más frecuente de los niños con síndrome del niño agredido.
2. Identificar la edad más frecuente de los niños con síndrome del niño agredido.
3. Identificar el lugar de procedencia de los niños con síndrome del niño agredido.
4. Determinar quien provoca la agresión y cual es el vínculo familiar de esta persona.
5. Identificar cuáles son las lesiones más frecuentes asociados a síndrome del niño agredido.
6. Determinar el tipo de objeto que provoca la lesión en la agresión física del síndrome del niño agredido.
7. Determinar cuántas incapacidades temporales y peligro de muerte fueron dictaminadas.

8. Determinar el grado de escolaridad en los niños con síndrome del niño agredido.
9. Determinar la relación que hay entre la edad y el tipo de agresión.

### DEFINICION

El trabajo original de Kempe lo describe como el resultado de actos lesivos llevados a cabo por los padres naturales o adoptivos. En este caso, la noción es de lesiones inflingidas al niño y en ella queda implícita la intención de hacerle daño.

Una definición más amplia, que es adecuada para el diagnóstico médico, pero que no presume la intencionalidad de causar daño al niño, es: enfermedad originada por situaciones en el ambiente del hogar que amenazan la supervivencia del niño (1).

### *Dimensiones del problema*

Resulta escandaloso que, precisamente en nuestros días cuando el reconocimiento de los derechos del niño y los principios de protección a la infancia en peligro han dado lugar a una disminución de la morbilidad y mortalidad infantiles; derivadas de causas naturales, surja con apariencia creciente la frecuencia de los malos tratos en la infancia. Este hecho se debe atribuir a haberse centrado como objetivo del interés profesional la detección minuciosa de casos de maltrato y abandono infantil (1).

Es importante mencionar que en este momento, los derechos que según la UNICEF cada niño debería tener, y que deberían ser tenidos muy en cuenta para analizar las bases del síndrome del niño maltratado.

### *Declaración de los derechos del niño*

1. Derecho a la igualdad, sin distinción de raza, credo o nacionalidad.
2. Derecho a una protección especial para su desarrollo físico, mental y social.
3. Derecho a un nombre y una nacionalidad.
4. Derecho a una alimentación, vivienda y atención médica adecuadas para el niño y la madre.
5. Derecho a una educación y cuidados especiales para el niño, física y mentalmente disminuidos.
6. Derecho a la comprensión y amor por parte de los padres y la sociedad.

7. Derecho a recibir educación gratuita y a disfrutar de los juegos.
8. Derecho a ser el primero en recibir ayuda en casos de desastre.
9. Derecho a ser protegido contra el abandono y la explotación del trabajo.
10. Derecho a formarse en un espíritu de solidaridad, comprensión, amistad y justicia entre los pueblos.

### *Frecuencia e Incidencia*

Resulta casi imposible conocer la frecuencia real del problema del síndrome del niño maltratado, dado que la mayoría de los casos no llegan nunca a reportarse formalmente a las autoridades tanto médicas como legales o se disfrazan como accidentes fortuitos o pasan realmente desapercibidos, por falta tanto de reporte como intuición diagnóstica; además los estándares diagnósticos y los métodos de documentación son muy variables.

La tasa estimada de incidencia de síndrome del niño maltratado en los estados unidos es de 10 por 1000 nacidos vivos.

### FORMAS DE ABUSO

### CLASIFICACIÓN

Hay dos formas fundamentales de maltrato al niño.

Forma Activa : aguda- crónica

Forma Pasiva.

Forma Activa: o de castigo físico se observan contusiones de diferente cronología, muchas de ellas vecinas entre sí que pueden ser causados por un sólo golpe o por golpes diferentes.

Aguda: Lesiones causadas en un solo castigo pero exagerado.

Crónica: Castigos reiterados y frecuentes a lo largo de varios días.

Debe sospecharse en forma activa en las siguientes situaciones:

1. Niño de corta edad, con algún traumatismo.
2. Niño con historia de traumatismo múltiple

3. Niño con cicatrices múltiples.
4. Niño cuyos traumatismos no guardan relación con la historia suministrada (ej: niño de 3 meses de edad no sufriría 19 fracturas en una sola precipitación en un sofá)

Por lo común, las lesiones son "no instrumentales", producidas directamente por las manos del agresor.

Forma pasiva: O por omisión de cuidados, lo más común son estados severos de desnutrición, con peso y talla muy inferiores a los correspondientes a la edad.

En estudio postmortem se comprobará depleción de grasa no solamente en el tejido celular subcutáneo, sino también en los depósitos internos.

En el estómago y el intestino en casi todos estos casos contienen escaso o ningún alimento recientemente ingerido.

Las complicaciones terminales responsables de la muerte (incluyendo bronconeumonía, septicemia asociada a colutitis e infecciones secundarias en otras partes del cuerpo. (3).

## ETIOLOGIA

En el cuadro 1 se hace una reseña de la naturaleza de los malos tratos en los niños. En consideración con su origen los agrupamos de la siguiente manera:

### 1. *Violencias físicas:*

Implican la existencia de actos físicos nocivos contra el niño, quedando definidos como cualquier lesión inflingida: hematoma, quemadura, golpe en la cabeza, fractura, lesión abdominal o envenenamiento. Las lesiones producidas requieren, habitualmente, atención médica sea o no recibida por el niño.

### 2. *Abandono Físico y Emocional*

El límite entre las lesiones causadas deliberadamente y el abandono físico puede ser, en ocasiones muy difícil de determinar. El abandono, la negligencia, puede constituir en forma incidiosa de causar daños graves. Supone un fallo en cuanto a la debida actuación para salvaguardar la salud, la seguridad y el bienestar del niño.

La negligencia física comprende no sólo el abandono alimentario y la falta de cuidados higiénico y médicos,

sino también la ausencia de una protección suficiente contra riesgos físicos y sociales.

La negligencia referida a la nutrición puede consistir en no proporcionar al niño las calorías suficientes, por alimentación escasa, o bien someterle a una dieta extravagante. Así se da lugar a insuficiencia en el desarrollo, a un estado potencialmente amenazador para la vida, en el que el peso, la talla y con frecuencia el perímetro cefálico quedan por debajo del tercer percentil de los niños de su edad. El lactante es pequeño, demacrado, con huesos prominentes y sin pániculo adiposo en mejilla y nalgas; presenta expresión angustiada y apetito voraz.

La falta de cuidados médicos puede dar lugar a que un niño con una enfermedad crónica, más o menos grave, por ejemplo asma o diabetes, pero tratable; no sea llevado con la necesaria frecuencia a consulta y sufra deterioro drástico como consecuencia de la falta de mediación.

El abandono emocional coincide casi siempre con los malos tratos físico, aunque también puede darse en casos en que los cuidados meramente físicos son buenos, pero en ambos casos se ocasiona daño o una personalidad que se encuentra en vías de desarrollo.

Los niños que padecen estos déficit del desarrollo muestran un conjunto de signos, como falta de aseo y alteraciones emocionales, establecen difícilmente comunicación con los demás y se muestran apáticos y deprimidos.

### 3. *Maltrato Emocional*

Hay casos flagrantes de niños a los que se deja atados en un desván o un sótano. Hace varios años, la opinión pública se conmovió ante uno de estos hechos: Una pareja marcha de vacaciones dejando al perro y al bebé atados a la pata de la mesa: son hallados en un espeluznante marco de heces y desnutrición".

Pero son mucho más corrientes formas útiles de maltrato emocional, en los que un niño es constantemente aterrorizado, regañado y rechazado.

### 4. *Explotación Sexual*

Los malos tratos sexuales suponen la explotación de los niños mediante delitos como incesto, abusos deshonestos y violación (1).

Se define como cualquier contacto sexual entre un adulto y un niño. Aproximadamente 1 de cada 4

adolescentes niñas sufren abuso sexual antes de ser adultas (4).

#### *a. Violación*

Es el "conocimiento carnal" en menor o mayor grado en un individuo sin su consentimiento y por compulsión a través de la fuerza, miedo engaño, sólo o en combinación.

Conocimiento carnal puede abarcar coito completo incluyendo eyacuación seminal, o la más leve penetración del pene en el órgano genital femenino sin la emisión de fluido seminal (27).

#### *b. Incesto*

El incesto es legalmente una ofensa sexual, cuando el asaltante y la víctima están relacionados por consanguinidad y no pueden estar legalmente casados. Este crimen es poco reportado y difícil de probar, debido a que las familias prefieren no reportarlo y encubrir al culpable.

De acuerdo con Kempe el incesto padre-hija ocurre en el 75% de los casos, el incesto madre-hijo, padre-hijo, madre-hija, hermano-hermana ocurre en el 25% restante.

Ventura reporta la misma experiencia pero agregó que el 80% de todos los incestos padre-hijos involucra un padre sustituto o de paso. (4)

#### *c. Vejación o falta de respeto.*

Se define como cualquier acto ilegal ejecutado sobre o con el cuerpo de un niño, en un intento lujurioso por parte del perpetrador (4).

### **FACTORES ETIOLOGICOS.**

Los factores etiológicos del síndrome del niño maltratado se han enfocado desde 3 puntos de vista:

1. Factores de las familias abusivas
2. Factores del niño
3. Crisis desencadenantes

#### *1. Factores de las Familias Abusivas.*

La vasta mayoría de las injurias son infringidas por personas que tienen control natural, legal o defecto sobre la víctima (padres, otros parientes adultos, guardianes, niñeras, etc.)

Los adultos que abusan de los niños no son un grupo homogéneo, varían en niveles de inteligencia, educación, nivel social, o estado socio-económico.

En el 95% de los casos los padres son los que provocan el abuso y de este 95%, el 10-15% lo constituyen padres de crianza o adoptivos. Las madres son más frecuentemente involucradas en el abuso del niño pequeño porque en nuestra sociedad ellas toman el cuidado primario, los padres son más frecuentemente involucrados en abusos sexuales de sus hijos (13)

Como regla, un padre inicia el abuso y el otro lo permite participando con un rol pasivo.

Un factor muy importante en la etiología del síndrome del niño maltratado es el alcoholismo en los padres.

La agresión como resultado de tensiones emocionales determinados por frustraciones ambientales. Esta agresión es mayor en la medida en que la frustración nos impide la consecución de un objeto altamente deseado.

El niño puede convertirse en una situación frustrante para los padres, por esto es objeto de rechazo. Los niños no deseados en los cuales hubo intento de infanticidio prenatal son el primer grupo de los niños rechazados, otros grupos estarían formados por los hijos ilegítimos, los que llevan a matrimonios forzados, embarazos accidentales, mal recibidos por razones económicas, sociales o de trabajo. Otros factores que aumentan el riesgo de abuso son los hijos que no son bien espaciados, familias numerosas y nacimientos de gemelos.

#### *2. Factores del niño abusado*

Los niños que corren más riesgo de ser maltratados:

- a. Niños irritables
- b. Niños que duermen poco
- c. Obstinados o tercos
- d. Exigentes
- e. Enfermos o con defectos físicos
- f. Prematuros
- g. Adoptados
- h. Hijastros
- i. No deseados.

### 3. Crisis Desencadenante

El stress emocional es el factor más común que desencadena el abuso en los niños, estos puede ser dado por situaciones como:

- a. Muerte de un familiar
- b. Enfermedad mental o física de uno o ambos padres.
- c. Pérdida del empleo
- d. Pleitos entre los padres.
- e. Pérdida y/o cambio en el domicilio
- f. Divorcio o separación de los padres.

## ASPECTOS MEDICO -LEGALES DEL DIAGNOSTICO Y EL TRATAMIENTO DIAGNOSTICO.

### 1. Clínica

Las lesiones en los tegumentos son las más llamativas; es más frecuente su observación múltiple que aislada y en tales casos suelen presentar distinta colaboración o evolución, indicando su producción en distintos y sucesivos episodios.



Lesiones en niño de Corta Edad; obsérvese los diferentes estados cicatriciales

Los golpes pueden ser ocasionados con objetos varios, desde una zapatilla o un cinturón, a materiales más burdos y pesados. Los hematomas no siempre se corresponderán con la forma del objeto empleado, por cuanto en ciertas zonas el niño puede tener protección de la ropa.

Las huellas digitales, que pueden aparecer como imágenes en semicírculo, es necesario diferenciarlas de las mordeduras de perros, que dejan una imagen de piel punteada bordeando la zona; igualmente, los estigmas ungueales deben distinguirse de los arañazos de gatos, en los que las marcas son menos profundas y alargadas.

La alopecia puede ser otra manifestación de maltrato y se presenta en forma de placa ó de zonas de rarefacción del cabello, como resultado de tirones de pelo brutales y repetidos. Es preciso hacer el diagnóstico diferencial con la alopecia areata, muy rara antes del año, que es la edad más frecuente de los malos tratos, y también con la tricotilomania, en la que el niño se tira del pelo y se lo come, sobre todo en la zona occipital.

Las quemaduras son el castigo elegido en un 10 por 100 de los casos. En general son causados por cigarrillos, siendo más excepcionales y manifiestamente sádicas producidas por planchas, pinchos de fogón, etc. Las ocasionadas por líquidos hirvientes suelen ser accidentales, si bien pueden ser prueba de negligencia inexcusable ó de una intención agresiva. Las accidentales revelan imagen en salpicadura, como sucede



Quemaduras ocasionadas por un tío, pastor de iglesia protestante, a este niño quien se atrevió a tomarle 0.20 Cts. de lempira (0.040 \$).

cuando un niño pequeño levanta una cacerola de un fogón o se queda solo en el baño y abre la llave del agua caliente. En lesiones sospechosas de quemaduras en los genitales se impone un riguroso diagnóstico diferencial con la dermatitis del pañal.

Las lesiones osteoarticulares, más frecuentes en brazos y piernas, tienen especial importancia por cuanto gracias a sus manifestaciones radiológicas, proporcionan un aporte sustancial para el diagnóstico. Generalmente no se visualizan en el primer momento, por lo que ante un diagnóstico de sospecha, la exploración radiológica se debe volver a realizarse pasados diez días.

Para Kempe, la frecuencia del involucro en niños maltratados se debe a que el periostio en los niños pequeños, aproximadamente menores de tres años, está pegado con mucha exactitud al hueso subyacente, por lo que se levanta con más facilidad al ser empujado por una hemorragia, osificándose posteriormente.

Pueden existir fracturas múltiples localizadas en cráneo, columna vertebral y deformaciones diversas.

El hematoma subdural fue el origen de los primeros trabajos sobre el problema de los niños maltratados. Tardieu señaló en 1879 la existencia de derrames intracraneales en la autopsia de niños fallecidos a causa de malos tratos debidas a golpes directos con la mano o a que el niño es lanzado contra la pared. En otras ocasiones puede ser consecuencia de lesiones "por latigazo", en las que el progenitor zarandea al hijo violentamente, ocasionando el desgarro de las venas meningoencefálicas, con hemorragia bilateral en el espacio subdural.

**Lesiones oculares:** Los golpes en la cabeza pueden ocasionar también lesiones oculares que, en la mitad de los casos informados, dan lugar a daño permanente por edema agudo, luxación del cristalino y desprendimiento de retina.

Las lesiones viscerales son destacables por su alto riesgo de gravedad y mortalidad. En lesiones abdominales por accidentes reales se produce habitualmente rotura de brazo, hígado u otras vísceras, por lo que si sólo se destacan "desgarros" pueden atribuirse a golpes localizados, como patadas o puñetazos en el abdomen, especialmente si los padres niegan que haya habido traumatismo en esa región.

Cuando se encuentra esta lesión, junto con negativos de los padres y sin descripción razonable del accidente, se puede pensar que se trata de un niño maltratado.

El retraso pondoestatural puede acompañar y ser consecuencia de la deprivación psíquica. Las alteraciones del comportamiento pueden ser secundarias a lesiones cerebrales, que, además, tienen importancia por el riesgo de retrasos mentales.

Debemos también considerar los efectos de los medicamentos, cuando los padres, incapaces de tolerar el inquieto comportamiento o los gritos de su hijo, le administran sedante, o bien los casos de quienes



Fractura antigua con acortamiento Useo de antebrazo.

acostumbran a tomar alcohol o alucinógenos y se los dan a los niños en otras ocasiones, por negligencia inexcusable de sus cuidadores, los niños los encuentran por casualidad e ingieren preparados de amfetaminas u otros fármacos.

## 2. Situaciones de sospecha

A menos que un niño haya sido severamente traumatizado, los signos de lesiones externas no son evidentes y puede ser que su historia se refiera sólo a retraso del desarrollo a simple "irritabilidad". Sin embargo, hay varios puntos en los que debe ponerse la mayor atención:

¿ Ha estado el paciente en muchos hospitales durante el pasado inmediato?

¿ Se relaciona la lesión, si hay alguna, con la causa que se afirma la ocasionó?

¿ Los antecedentes familiares registran situaciones de desavenencia, alcoholismo, perversión o propensión a drogas.

¿ La lesión se presentó algunos días antes de que el niño fuera llevado al hospital?

¿ Hay relación adecuada entre la reacción de los padres y la gravedad de las lesiones?

¿ Hay contradicciones en los relatos de los padres?

## 3. Examen físico y radiológico

Ante todo se deben buscar signos de descuido general, higiene deficiente, desnutrición, irritabilidad y, en

general, indicios de una personalidad reprimida. Igualmente se observará si hay contusiones y hematomas, recientes o antigua. Las fracturas múltiples, en especial en diferentes etapas de recuperación, son corrientes en niños golpeados.

## DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

### *Sífilis*

En los primeros meses la sífilis puede resultar en lesiones metafisiarias y periosticas similares a las del niño maltratado, sin embargo las lesiones óseas de la sífilis tienden a ser simétricas y son usualmente acompañadas por otros estigmas de la enfermedad. Se debe hacer el test serológico.

### *Osteogénesis Imperfecta*

Es una enfermedad generalizada, cuando hay fracturas de cráneo, el patrón de osificación en mosaico de la bóveda craneana es característica. Las fracturas de osteogénesis imperfecta son generalmente en columna.

### *Hiperostosis Cortical Infantil*

Se caracteriza por lesiones mandibulares, pueden haber lesiones diafisiales.

### *Paraplégico con Déficit Sensorial*

Puede presentar la radiografía típica de síndrome del niño maltratado.

Indiferencia congénita al dolor.

Tendencia al sangrado

Neoplasias

Debido a la excesiva reacción de hueso nuevo.

## TRATAMIENTO

Un diagrama comprensivo de tratamiento del síndrome del niño maltratado incluirá los siguientes pasos:

1. Detección e identificación del caso. Puede ser detectado por un vecino, profesor, oficial de policía, médico o cualquier otro ciudadano.
2. Reporte de los casos de abuso de acuerdo a las legislaciones de cada estado o de cada país.

Inicialmente el médico puede hacer el reporte por teléfono y posteriormente por escrito, este reporte debe ser objetivo, que pueda ser verificable y se ser posible llevar radiografías y fotografías.

3. Investigación. Consiste en una evaluación de la familia y las circunstancias del abuso. Los objetivos de una investigación incluyen proveer protección para el niño involucrado y para los otros niños de la familia y proveer soporte para esta.
4. Tratamiento de daños específicos. Si hay que hospitalizar al paciente, notificar al director del hospital y a la sección de servicio social.

Se debe discutir si se permite el tratamiento ambulatorio, si parece apropiado debe hacerse bajo supervisión, para evitar retomar el niño al hogar en el cual se le puede adicionar traumas con peligro de muerte.

5. Seguimiento: Es importante el seguimiento de estas familias para ofrecerles soporte a los padres y evitar recurrencia de abuso que puede poner en peligro la vida el niño.

Se han encontrado muchos problemas en el manejo del niño maltratado, los más frecuentes son:

- a. Muchos médicos todavía no reportan el abuso debido a que no ven las ventajas resultantes sobre el niño y la familia.
- b. Entrenamiento insuficiente del personal de las agencias de protección.
- c. Existencia de pocas facilidades para salud mental que provee ayuda a los niños y sus familias. No se da prioridad a la prevención del abuso en niños en los programas de salud mental.
- d. El cuidado de los niños maltratados y su familia carece de continuidad.
- e. Falta de fondos adecuados para el cuidado del niño y de su familia.
- f. Los abusadores de los niños son más frecuentemente perseguidos que ayudados.
- g. El proceso de reporte del caso puede tener efecto dañino sobre la familia involucrada.

Para resolver estos problemas del manejo se debe formar un equipo multidisciplinario de multiagencias donde se incluyen servicios médicos, un grupo que provea asistencia legal, profesionales en salud mental, agencias legales para protección del niño y personas de las comunidad.

En Honduras, contamos con el Departamento de Trabajo Social del Bloque Materno Infantil del Hospital-Escuela, el sigue el procedimiento en los casos de reporte de niños maltratados.

1. Confirmar el diagnostico por el médico y reportar a Trabajo Social.
2. Entrevista a personas que acompaña al menor.
3. Cita al otro cónyugue para interrogarlo.
4. Entrevista privada con el paciente (si puede hablar).
5. Visita domiciliar y entrevista con familiares y vecinos.
6. Entrevista conjunta médico trabajador social y ambos padres.
7. Elaboración del informe social y reporte del caso ante el Tribunal de menores.
8. Redacción del informe social y reporte del caso ante el Tribunal de Menores.
9. Suspensión del alta hospitalaria.
10. Reubicación del niño en hogar temporal.
11. Seguimiento.

El Departamento de Trabajo Social hace el seguimiento de los casos que no son reportados al Tribunal de Menores, una vez el caso en manos de este, el Tribunal es el encargado del seguimiento.

#### **PRONOSTICO**

1. Fallecimiento del niño causado directamente por los malos tratos.
2. Subnormalidad mental
3. Repetición de los malos tratos
4. Colocación en custodia
5. Pronóstico ignorado

#### **ASPECTO MEDICO LEGALES**

##### ***Menor Maltratado:***

Se inicia el expediente con una denuncia interpuesta por el padre, madre o cualquier persona natural que del hecho conozca, presentando además la declaración testifical de por lo menos 2 testigos mayores de edad, posteriormente se manda al menor al departamento médico legal a fin de que reconozca las lesiones y el

tiempo de curación, si se trata de que es el padre o la madre el que ocasiona el maltrato del menor o cualquier familiar quien tiene la custodia del menor, se procede por intermedio de la Procuraduría del Menor, entablado acusación criminal por el delito de lesiones y el menor se deposita en un centro de la JNBS centro privado en el caso que no exista familiar dentro del cuarto grado de consanguinidad que se haga cargo del menor; como con este tipo de delito el menor es dañado psicológicamente aparte de los daños físicos y materiales, se le sigue en el Juzgado de Menores un tratamiento psicológico para tratar de recuperarlo mentalmente. Para tratar de acreditar la frecuencia de los malos tratos, el Juzgado de Menores se vale de los Trabajadores Sociales, quienes después de hacer sus investigaciones emiten un informe al juzgado.

Con estos elementos de juicio el expediente se le pasa al Procurador de menores a fin de que se emita su opinión sobre el caso tratado, este dictamina si procede o no, dejarlo por un tiempo prudencial en un centro con todo esto el juzgado emite su resolución aparte de que la acusación criminal que el delito dio pie a la abierta de este expediente se haya hecho en el tribunal competente.

##### ***Menor Abandonado:***

En el caso de los menores abandonados también se abre el expediente con la denuncia hecha por cualquier persona que del caso conozca, después de ratificada se toma la declaración de los testigos y el menor es ingresado en un centro de acuerdo a la edad ya que los infantes son ingresados al hogar temporal de la JNBS, posteriormente se hacen publicaciones por tres veces en un periódico de la localidad y una radiodifusora de mayor audiencia en la nación, el expediente es remitido a Trabajo Social a fin de que se haga el informe sobre el investigado, y al Departamento Médico-Legal a fin de que se dictamine sobre calificación de edad, si el menor en el abandono padeciera de algún maltrato o enfermedad se le pide también al Médico Legal que emita el dictamen correspondiente; si la madre o familiar del niño no comparecen al juzgado al llamado por el periódico y la radio, en los 30 días subsiguientes al aviso, el expediente es remitido al procurador de menores por el término de tres días para que emita su dictamen sobre el caso planteado, una vez emitido el dictamen el titular del juzgado tiene 3 días para emitir su resolución declarando legalmente el abandono.

### **Adopciones**

Existen en nuestro Código de familia dos tipos de adopciones: La simple y la plena.

En la plena se divide en: Adopción por abandono y adopción por consentimiento.

Las adopciones por abandono son las que se hacen con los menores que han sido legalmente declarados por abandono por el juzgado de menores y en este caso se acompaña con una certificación extendida por dicho juzgado a fin de que sea adjuntada en el expediente que se transmite en los juzgados de familia correspondiente.

Adopción por consentimiento: En este tipo de adopciones el juzgado de menores no tiene ninguna ingerencia hasta el final del trámite cuando se dá ésta al procurador de menores para que notifique del mismo, funcionario éste que revisa cuidadosamente el expediente y si se encuentra arreglado conforme a derecho y el procedimiento en la sustentación del mismo están arreglados a derecho se notifica siendo la opinión porque se acceda lo notificado, en caso contrario se opone y manda a que se subsanen los errores en el mismo o que se deniegue por tener vicios de nulidad.

### **Menores Violados:**

En este tipo de delitos el Código Penal taxativamente tiene prescritos que cuando se trata de menores de 13 años existe violación haya o no consentimiento del agraviado, este expediente se inicia por la denuncia hecha al Juzgado de Menores, una vez ratificada se manda al menor al Departamento Médico-Legal a fin de que determine si hay violación y los daños causados por la misma, con este dictamen el expediente es pasado al procurador de menores a fin de que se interponga la acusación criminal ante el tribunal correspondiente, en estos casos cuando se conoce la identidad de la persona que cometió el delito en el menor, se ordena la captura inmediata del indiciado, el procurador de menores sustituye en el fiscal del despacho el poder a fin de que ésta por ministerio de la ley tramite la acusación; por tratarse de delitos de orden privado, los familiares del menor tienen forzosamente que contratar los servicios de un profesional del derecho a fin de que se entable acusación privada sobre el delito, por ser delito no fiable, en muy raras casos se llega a sentencia en vista que los familiares que en su mayoría son de escasos recursos económicos, por dinero terminan otorgando el perdón de las faltas. El

o la menor violados se les sigue un tratamiento psicológico y se dejan en el centro del núcleo familiar; cuando el que comete el delito es persona particular o sea no miembro de la familia, pero en la inmensa mayoría resulta ser que es el padre biológico o el padrastro quienes cometen este delito, la mayoría de la veces la madre otorga el perdón expreso en vista que la persona que comete el delito es padre de más hijos y es quien proporciona los alimentos del resto de la familia, en estos casos pocas veces el juzgado de menores tiene conocimiento porque la mayor parte de las veces las madres se llevan al menor; son raras las ocasiones o cuando la menor queda embarazada que el juzgado la remite a un centro de la Junta Nacional de Bienestar Social. El menor violado debido al trauma ocasionado por la violación, el Depto. de Psicología del Juzgado en varias sesiones de trabajo recupera psicológicamente al menor, en algunos casos dependiendo de la posibilidad económica de los padres se recomienda a clínicas particulares.

Estos casos de violación en menores de ambos sexos por lo general son en los barrios marginales dado la promiscuidad en que se vive, el alcoholismo y la drogadicción de los adultos son factores determinantes, o simplemente la situación social. El Depto. Médico-Legal para el Juzgado de Menores es de gran ayuda para la clase de informes que rinde sobre los casos planteados y son determinantes para efectuar las resoluciones de cada caso.

### **Conclusión:**

Estos casos que arriban se han mencionado en una manera somera, se definió, son en su mayor parte trabajo del Juzgado de Menores porque existe también el trabajo que se realiza con los padres o madres irresponsables que no cumplen con la asistencia familiar, en algunos casos se procede judicialmente por el delito de inasistencia familiar.

El juzgado de menores tiene bastante trabajo en cuanto se refiere a los abandonos, maltratos y violaciones; a medida que la población aumenta estos casos son más frecuentes, haciendo la salvedad que de los maltratos y las violaciones se conoce la íntima parte que es denunciada, pero la situación es alarmante porque no todas las violaciones y maltratos son denunciadas al Juzgado de Menores, sino que las acusaciones se presentan directamente al juzgado competente o simple y llanamente no son reportados a ninguna autoridad.

## FACTORES ETIOPATOGENICOS EN LOS AUTORES

### 1. PERSONAS

- a. Padre y/o madre (jóvenes y no casados, especialmente)
- b. Padrastrros y madrastas
- c. Concubinos y amantes
- d. Padres nutricios o guardadores
- e. Abuelos (excepcional)

### 2. CLASE SOCIAL

- a. Baja
- b. Familias trabajadoras
- c. Apuros económicos
- d. Trabajo fuera de casa de ambos progenitores

### 3. CARACTERISTICAS PSICOLOGICAS

- a. Personalidades inestables
- b. Inadaptación a las responsabilidades de la paternidad
- c. Taras psicológicas
  - \* Histeria
  - \* Neurosis
  - \* Psicopatías
  - \* Inmadurez global
- d. Alcoholismo
  - \* Esporádico
  - \* Crónico
- e. Según Bryan y Kaufman
  - \* Neuróticos
  - \* Alcoholicos
  - \* Psicópata
  - \* Educados en promiscuidad sexual
  - \* Víctimas de similares tratos en su niñez.

## NATURALEZA DE LOS MALOS TRATOS

### 1. MALTRATOS FISICOS

#### a. Contusiones

- \* En la cabeza (generalmente con la mano)
- \* En el cuerpo: bastones, látigos, cinturones
- \* Empujones: Contra el suelo o paredes.
- \* Caídas por escaleras
- \* Pateamiento (especialmente en las nalgas)

#### b. Heridas

- \* Cortantes (superficiales): navajas, tijeras
- \* Punzantes: Alfileres, tenedores

#### c. Quemaduras

- \* Derrame de líquidos calientes
- \* Escaldadura de pies y paseo posterior
- \* Cigarrillos encendidos
- \* Sentar sobre estufa
- \* Planchas, rizadores

### 2. MALTRATOS PSIQUICOS

- \* Amenazas
- \* Situaciones de terror
- \* Secuestro temporal -prolongado
- \* Exposición al frío
- \* Impedimento de sueño

### 3. PRIVACIONES

#### a. Hasta comprometer la salud del niño.

- \* De alimentos
- \* De cuidados.

## CARACTERÍSTICAS DE LAS LESIONES

### 1. CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LAS LESIONES POR MALOS TRATOS:

- \* Multiplicidad
- \* Distinto estadio evolutivo
- \* Espectacular mejora al sustraerlo de su ambiente.

## REPERCUSION EN EL ESTADO GENERAL

### 1. PROFUNDO DÉFICIT PSICOMOTOR

- \*No habla
- \*No llora
- \*Autismo
- \*Inexpresivo
- \*Aterrorizado

### 2. RETRASOS SENSIBLES:

- \*Deambulación
- \*Control de esfínteres
- \*Crecimiento

### 3. ASPECTO GENERAL:

- \*Deficientemente vestido
- \*Sucio
- \*Frecuentes parásitos
- \*Lesiones por rascado
- \*Desnutrición
- \*Raquitismo
- \*Otras hipovitaminosis
- \*Anemia
- \*Disproteínuria
- \*Delgadez.

## LESIONES DE MAS FRECUENTE OBSERVACION

### 1. LESIONES MUCO-CUTANEAS:

- a. De localización preferente en cara y cabeza
  - \* Esquimosis y hematomas
  - \* Heridas contusas o por arma blanca
  - \* Mordeduras
  - \* Desgarro frenillo labio superior (típica)
- b. \* De localización preferente en tronco y extremidades
  - \* Quemaduras

### 2. LESIONES ESQUELETICOS

- a. \* Fracturas en la cabeza
  - \* Macizo fácil (nariz, sobre todo)
  - \* Cráneo
  - \* Bóveda
  - \* Fisuras
  - \* Fracturas en terrazas
  - \* Base
- b. Fracturas de extremidades (fémur y húmero, sobre todo)
  - \* Diáfisis
  - \* Unión Diáfisis-epifisaria (repercusión en el crecimiento)
  - \* Callos viciosos, habitualmente.
- c. Fracturas torácicas:
  - \* Caídas o proyecciones: arco posterior de costillas
  - \* Golpes directivos: cualquier localización
- d. \* Fracturas de pelvis y columna vertebral: excepcionales

### 3. LESIONES VISCERALES

- a. Lesiones cerebro-meníngicas:
  - \* Hematoma subdural
  - \* Hemorragias meníngicas
  - \* Meningitis serosa traumática
- b. Lesiones Abdominales:
  - \* Organos Macizos: hígado, bazo, riñón.
  - \* Organos huecos: Estómago, vejiga, intestino
  - \* Mesenterio
  - \* Hematoma retroperitoneales.
- c. Lesiones genitales: más frecuentes en varones

### 4. LESIONES MUSCULARES Y NERVIOSAS

- (por zarandear o suspender por los brazos):
  - \* Arrancamiento de ligamentos
  - \* Desgarros musculares
  - \* Elongación del plexo braquial

## **CONCLUSIONES**

En el presente análisis hemos encontrado que:

1. En el mes de octubre ocurrió en mayor número de casos de niños maltratados en el año 1991.
2. La edad más frecuente del niño agredido es entre 13 y 18 años.
3. La mayor parte de los niños maltratados durante el año 1991, tenía sino completa, cierto grado de escolaridad.
4. La violación fue el tipo de agresión sexual más frecuente.
5. La forma de agresión física más frecuente es con el puño y/o la faja.
6. El padre fue el agresor más frecuente.
7. el 76% de las familias provenían del área urbana.
8. El 69.4% de los niños con síndrome de malos tratos no requirieron hospitalización, pero un 38.6% si fueron hospitalizados.
9. En el 43% de los casos no tuvieron alguna lesión incapacitante.
10. Encontramos un alto porcentaje de abortos provocados por la misma madre o por personas conocidas.

---

---

## **RECOMENDACIONES**

1. Que se tenga en mente el diagnóstico de síndrome del niño maltratado y su notificación inmediato al Departamento Médico Legal.
2. Que se establezcan medidas correctivas más adecuadas para aplicar la justicia en una forma más rápida y efectiva.

---

---

## **BIBLIOGRAFIA**

1. Tribuna Médica  
Tomo 39. No. 11 Junio (1) 1986.  
Pag. 3
2. Bennett Harvey S. y Col. "Elevated Intracranial Pressure in Whiplash Shaken Infant Syndrome, Detected with Normal Computerized Tomography". Clinical Pediatrics, 19 (9): 633- 634, Sept. 1980.
3. Medicina Legal de Vargas Alvarado.
4. Woodling Brace A., Kossoris Peter D. "Sexual Misuse: Rape, Molestation and Incest". Pediatric Clinics of North America. 28(2): 481.499, Mayo 1981.
5. Tribuna Médica  
Tomo 32. No. 12 Junio (2) 1986  
Pag. /

**MEDICINA LEGAL  
PENITENCIARIA**