

TRABAJO ORIGINAL

SÍNDROME DEL NIÑO MALTRATADO Y LAS DIVERSAS FORMAS DE ABUSO

**Dr. Amilcar Rodas. **Dra. Patricia Villaseñor*

Los términos "abuso del menor" y "negligencia hacia el menor" pueden significar cosas diferentes. Abuso del menor por lo general se refiere a abuso físico, sexual y emocional; negligencia hacia el menor casi siempre indica abandono en aumentos (fallo de medro no orgánico), medicamentos y síndrome de Munchausen por poder.

Muchas personas creen que las definiciones de negligencia hacia el menor y abuso son muy amplias o muy estrechas. Es muy difícil encontrar una que tenga la especificidad suficiente para prevenir aplicaciones inapropiadas y la amplitud necesaria para cubrir situaciones de daño a un menor que requieren la intervención de la sociedad. Como resultado existen muchos enfoques diferentes para definir abuso del menor y negligencia hacia el menor. Lino de ellos se encuentra en el acta del modelo de servicios de protección al menor. Por todo lo anterior actualmente se utilizan un solo término, síndrome del niño maltratado que abarca todas las variantes

(Maltrato Físico, Sexual, emocional, etc.) y hemos escogido la definición más amplia y completa.

Al término "niño maltratado" lo populariza Kempe en 1962 al presentar un trabajo en un simposium de la Academia Americana de Pediatría en el que informó lesiones sufridas por niños a manos de sus padres u otras personas responsables de su cuidado. Antes que él otros médicos como Wooley Evans, Caffey y Silverman describieron las manifestaciones clínicas y radiológicas, y los aspectos sociales de los problemas presentes en el abuso infantil. Pero fue Kempe quien alertó a los médicos y abogados al demostrar que no sólo los padres anormales abusan de los niños, sino también los padres normales. El abuso del menor y la negligencia hacia el menor constituyen un problema que se ha convertido en una epidemia en Honduras y en una pandemia alrededor del mundo. Todos somos responsables de proteger a los niños, en especial los profesionales que tienen contacto directo con ellos y sus familias.

El abuso y la negligencia hacia el menor pueden constituyen de muchas formas y muchos niños experimentan más de un tipo de abuso negligencia a. Las más importantes se describen a continuación.

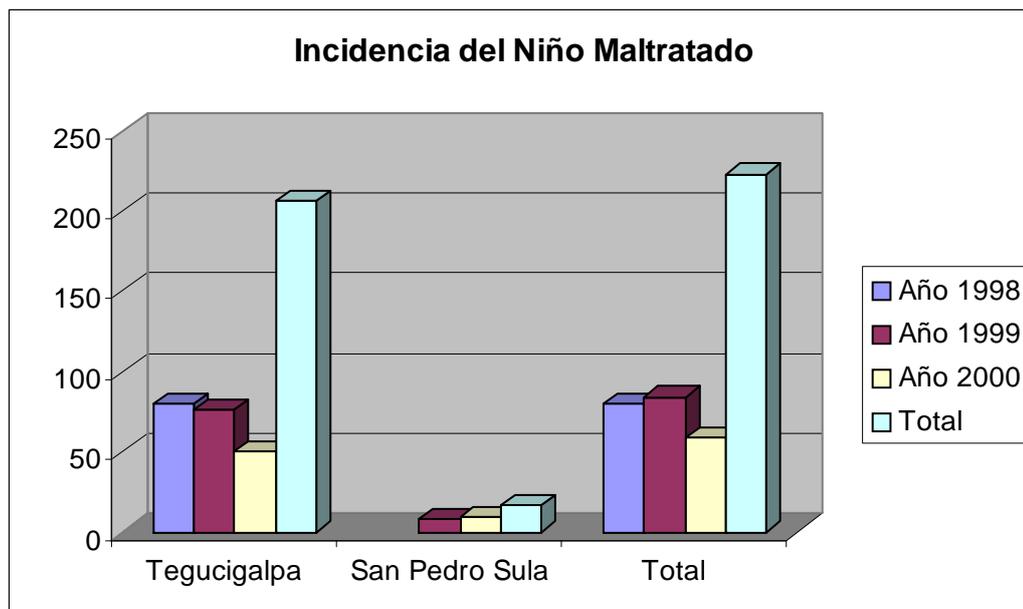
ABUSO FÍSICO
Síndrome del Niño Maltratado en Honduras
Incidencia por Año (1998-2000)
Tegucigalpa, San Pedro Sula
Dirección General de Medicina Forense

Síndrome del Niño Maltratado	Tegucigalpa	San Pedro Sula	Total
Año 1998	80		80
Año 1999	76	8	84
Año 2000	50	9	59
Total	206	17	223

* Director Nacional de Medicina Forense

** Jefe Clinicas Medicina Forense

Grafica



Dirección de Medicina Forense

Se observa en el Cuadro No 1 y en los gráficos, que hay algunos años en que el registro de casos es mayor lo cual esta de acuerdo con las estadísticas generales que concuerdan en que hay años de violencia mayor en el mundo entero dependiendo de diversas circunstancias socioculturales. En cuanto a la edad ninguna etapa se escapa a la violencia ya que hay casos de recién nacidos hasta niños de 18 años. A pesar del sub-registro evidente ya que en San Pedro Sula no se anotaron los casos del 2004, consideramos que la muestra es significativa por lo que hemos revisado los expedientes en los cuales hemos hallado datos muy importantes.

En primer lugar encontramos que el maltrato físico es el que predomina con un 70% de casos, le sigue la negligencia con un 14%, el maltrato emocional con un 10% y el abuso sexual con un 7% lo cual también esta de acuerdo con la literatura mundial.

En cuanto al lugar donde se comete el maltrato el 90% se verifico en el hogar y los agresores fueron la mayor parte del ámbito familiar siendo el agresor más corriente la madre o el padre.

Dado que el maltrato físico es el más frecuente en esta muestra se hizo una revisión de los expedientes en busca de datos importantes que

nos dieran una pista que nos condujera al diagnostico del problema. En el cuadro No 2 señalamos los hallazgos más importantes.

Evidencia clínica

Ante la presencia de una o varias lesiones traumáticas o por quemaduras, sin una explicación lógica y convincente y/o cuando varían las versiones de cómo ocurrió el evento, el interrogatorio y la exploración física se deben orientar para encontrar algunos de los siguientes indicadores.

Indicadores de sospecha

En el menor o su familia

1. hay retardo en la solicitud de atención médica.
2. su estado de higiene es inadecuado.
3. el esquema de inmunizaciones es incompleto o nulo.
4. se trata de un producto no deseado.
5. el menor convive con el padrastro o la madrastra.
6. hay historia de alcoholismo y/o drogadicción en algún miembro de la familia.
7. existe el antecedente de maltrato en un familiar.
8. se informa de antecedentes penales en algún miembro de la familia.

Indicadores de probabilidad

1. Solicita la atención médica un familiar ajeno al núcleo familiar o un extraño.
2. Existen cicatrices o lesiones antiguas en diversas partes del cuerpo.
3. Se determina desnutrición o anemia de grado variable sin causa aparente.
4. Incongruencia en la información brindada por los familiares

Indicadores de convicción

1. El menor describe cómo ocurrió el evento
2. El agresor acepta su culpabilidad
3. Hay datos radiológicos o gammagráficos de fracturas u otras lesiones óseas de antigüedad y localización diversa.

Ya con todos los elementos anteriores podemos definir el maltrato físico como las lesiones físicas no accidentales causadas al niño por las personas que tienen la responsabilidad de su cuidado y atención. Comprenden contusiones, quemaduras craneoencefálicas y fracturas. La gravedad varía desde leve hasta mortal. Este tipo de abuso es el que se informa con más frecuencia. El castigo físico tiene amplia aceptación en nuestra sociedad, por lo que debe distinguirse cuando un castigo físico se convierte en un abuso. Cualquier trauma o lesión que requiere tratamiento médico debe considerarse abuso. Una contusión puede pasar inadvertida o no llamar la atención, pero contusiones nuevas y antiguas en diferentes partes del cuerpo representan una evidencia de abuso (Fig., 98-1, véase encarte y en color). De todas las formas de maltrato la que puede identificarse con más facilidad en el medio hospitalario es el abuso físico y muchos de estos casos se sospechan primero por la historia poco creíble que ofrecen los padres para explicar cómo se produjo la lesión de su hijo. Los padres intentan rehusarse a explicar cómo ocurrieron las lesiones que su hijo presenta argumentando que no tienen idea de cómo sucedieron las cosas y algunos otros sólo dan una explicación vaga como: "el niño pudo haberse caído". En otras ocasiones se observan discrepancias en la historia que los padres ofrecen. Otra contradicción común ocurre entre

la historia ofrecida por los padres y los hallazgos físicos. En algunos casos también hay discrepancia entre la historia y la edad de desarrollo del niño, y en otros se aduce que el niño mismo se infligió las lesiones; sin embargo, los menores de seis meses de edad no pueden inducir un accidente. Otro aspecto importante es que los padres retrasan el tiempo en que buscan atención médica para su hijo.

Los padres normales buscan de inmediato a un médico cuando sus hijos se lesionan, mientras que los padres abusadores no lo hacen por un considerable periodo a pesar de las lesiones graves que los niños presentan.

El maltrato y abuso de menores se define como lesión o lesiones causadas por un acto u omisión que compromete la seguridad del niño y altera de manera importante su funcionamiento físico temporal o permanente o se comprueba por manifestaciones físicas en un patrón continuo de lesiones inexplicables.

El abuso físico ha existido por siglos y en 75% de los casos afecta a menores de tres años de edad (lactantes o preescolares) que se caracterizan por ser niños difíciles de satisfacer o que demandan mucha atención y a los que sufren la separación materna durante la infancia.

La principal función del médico consiste en identificar al niño maltratado, dar tratamiento a las heridas, prevenir el maltrato (reconociendo a los padres abusadores potenciales) y notificarlo a las autoridades correspondientes.

Para detectar el abuso físico el médico debe tener en mente que cualquier niño puede ser una víctima. Por lo general los padres muestran una actitud inapropiada, un comportamiento que varía en forma considerable; algunos rehúsan hospitalizar al niño y cuando lo hacen tienden a desaparecer del hospital sin proporcionar los antecedentes del caso. Los niños maltratados físicamente presentan lesiones o heridas que los padres no pueden explicar de modo satisfactorio y se caracterizan por tener muchas hospitalizaciones en diferentes instituciones, por lo que existe evidencia de accidentes previos. Como regla general uno de los padres inicia de manera activa el abuso, pero el otro lo apoya o permite participando de una manera pasiva.

El examen físico del niño maltratado debe incluir una búsqueda completa de lesiones o anomalías que puedan relacionarse con el abuso; tres indicadores importantes de abuso pueden observarse al inicio del examen físico: un patrón de comportamiento característico, lesiones en múltiples partes de la superficie corporal y lesiones múltiples (herida, fracturas o ambas) en varios estadios de evolución.

Los signos de abuso físico en el niño pueden consistir en lesiones en la piel y el tejido celular subcutáneo; las más frecuentes son contusiones, marcas de dedos, heridas rectangulares, lineales o redondas que semejan la forma de un instrumento contundente y marcas de mordeduras; también es posible que se observen lesiones por quemaduras (fig. 98-3, véase encarte en color). Diez por ciento de todas las lesiones vistas en el maltrato físico de menores corresponde a quemaduras, de las que las más comunes son las quemaduras por cigarrillos en manos, pies y espalda.

También se observan lesiones en la cara que afectan los ojos, los oídos, la nariz y la boca; son frecuentes las contusiones periorbitarias, el desprendimiento de retina, las hemorragias retinianas o subconjuntivales, la desviación del tabique nasal, la pérdida de dientes o las fracturas de la mandíbula, las contusiones de los labios, las laceraciones del frenillo de los labios, la lengua o ambos, lesiones en forma de coliflor en los oídos y rotura de la membrana timpánica.

Asimismo se ven lesiones en la cabeza y el sistema nervioso central como cefalohematomas y lesiones por zarandeo (hemorragia subdural). Los signos neurológicos de lesiones en el sistema nervioso central varían de acuerdo con la localización y la extensión; por ejemplo, el trauma en la columna vertebral puede causar parálisis de la neurona motora inferior y una lesión intracraneal puede resultar en parálisis de la neurona motora superior. Otros signos de lesiones son periodos de coma y convulsiones inexplicables o incremento súbito de la presión intracraneal.

Las lesiones torácicas producto del maltrato físico de menores casi siempre se presentan como fracturas de costillas y sus complicaciones (deformidades y limitación de

movimientos), así como hemotórax, neumotorax y enfisema subcutáneo.

Las lesiones abdominales son la causa más común de muerte en el maltrato físico de los niños. Pueden observarse rotura de víscera hueca, laceraciones de hígado, transección de páncreas y fracturas en la columna vertebral.

Las lesiones en el sistema esquelético son muy comunes e incluyen fracturas espirales de los huesos largos casi siempre por torceduras y heridas a nivel de las metáfisis o dislocaciones de las articulaciones por estiramientos bruscos y fuertes. Las hemorragias subperiósticas por lo general se deben a traumas con un objeto contundente. Los signos físicos de lesiones esqueléticas son deformidades de los huesos, dolor a la palpación, edema y limitación de movimientos o pseudoparálisis.

Es indispensable realizar estudios radiológicos y de laboratorio en todo caso de maltrato físico de niños. Los hallazgos radiológicos más comunes son lesiones cerca de las epífisis y metáfisis adyacentes, fracturas transversas y espirales, y una reacción exagerada del periostio (fig. 98-4, véase encarte en color).

La presencia de fracturas antiguas o nuevas puede confirmar que las lesiones presentes no son accidentales sino resultado de maltrato. Pueden observarse lesiones en la columna vertebral, compresión de cuerpos vertebrales, fracturas y dislocaciones de la columna. Las fracturas de costillas múltiples en diferentes estadios de cicatrización y de localización son indicativas de maltrato.

Los estudios de laboratorio más importantes en la investigación de maltrato y abuso de menores son los estudios de coagulación que incluyen hemoglobina, hematócrito, tiempo parcial de tromboplastina, tiempo de protombina, cuenta de plaqueta y tiempo de sangrado.

Debemos recordar que el maltrato físico se combina en muchos casos con negligencia u otra forma de maltrato infantil. La incidencia de ambas alcanzan el 1% de total de niños de un país siendo la prevalencia de alrededor de 650 casos por un 1,000,000 de habitantes cerca del 10% de las lesiones que se observan en las salas de urgencias de los hospitales en niños menores de 5 años de edad es intencional. El promedio de muertes por maltrato es del 3%

aproximadamente y en Estados Unidos ocurren 2,000 muertes al año. El estudio de los niños víctimas de abuso físico demuestra que una tercera parte éste ocurre a una edad menor de seis meses, una tercera parte varía de seis meses a tres años y la otra tercera parte sobre una edad de tres años. Los prematuros tienen un riesgo alto (3:1) de ser víctimas. Los hijastros también tienen alto riesgo de ser maltratados. Los pacientes que presentan deficiencias de desarrollo suelen tener menos de dos años edad, puesto que después de esta edad pueden obtener alimentación por sí mismos.

El abusador es una persona relacionada con el menor en 90% de los casos, un amigo en 5%, personas que cuidan de ellos sin tener una relación de parentesco en 4% y hermano en 1%. Los padres que abusan de sus hijos provienen de todos los grupos socioeconómicos, ocupacionales, educacionales, religiosos, geográficos y étnicos. La pobreza tiene una alta incidencia de maltrato y abuso del menor a causa de las situaciones de crisis incrementadas y los recursos reducidos con que estos grupos cuentan. Las mujeres abusan con más frecuencia que los hombres porque dedican más tiempo a estar con sus hijos; no existen diferencia entre los sexos cuando el padre está desempleado.

En lo que respecta a los factores etiológicos, en especial de los padres que abusan físicamente de sus hijos, en más de 90% de los casos los padres no son sociópatas ni psicóticos. Tienden a ser adultos solitarios, infelices, con mucha agresividad bajo condiciones de estrés que lesionan a sus hijos en un momento de enojo, después de ser provocados por algún mal comportamiento del menor. La mayoría de las veces estos padres experimentaron abuso físico en su niñez. Para que el abuso físico ocurra se requiere la conjunción de ciertas características del padre, el niño y el momento en que se da el abuso. Por lo general el niño presenta características de ser muy difícil y demandante, el padre casi siempre posee poco control de sus impulsos y el momento suele ser una situación de crisis; las más comunes de éstas son: pérdida del empleo, bancarrota, descompostura del automóvil, nacimiento de un hijo o enfermedad aguda que lleva a un llanto incontrolable.

La principal causa de deficiencia del desarrollo es que el niño no recibe la alimentación suficiente. Ciertos factores en la madre, en el niño y en el medio ambiente contribuyen a este proceso. Muchas madres involucradas en la privación materna no se sienten amadas. En la mayoría de los casos el niño no fue deseado. En estas situaciones las múltiples crisis que se generan agobian a la madre. Una de las crisis frecuentes se debe a un padre físicamente ausente por su trabajo.

ABUSO SEXUAL

Se define como cualquier acto sexual de un adulto hacia un menor que le causa o puede causarle daño físico, psicológico o de ambos tipos; existen varias categorías: actos sexuales dentro de una relación amorosa, ataque sexual y explotación sexual.

El incesto padre-hija es quizá la forma más común de abuso sexual (fig. 98-5, véase encarte en color) y se relaciona con condiciones de vida pauperizada, como hogares muy numerosos y geográficamente aislados. Los padres casi siempre tienen 35 años de edad o más y empiezan a sostener relaciones sexuales con sus hijas al ser rechazados por sus esposas. Las relaciones incestuosas pueden continuar por varios años e involucrar a hijas sucesivas. Es posible que los preadolescentes no presenten alteraciones emocionales, pero los adolescentes se tornan deprimidos y por lo general abandonan el hogar a edad temprana; estos niños a menudo sufren problemas psicosexuales en su vida posterior. Los embarazos producto del incesto se vinculan con mortalidad perinatal y fetal, y una incidencia alta de trastornos mentales en los niños sobrevivientes.

Pocos niños son sujetos a ataques sexuales violentos y pueden sufrir lesiones serias e incluso ser asesinados; su habilidad de establecer relaciones con otras personas puede afectarse y su actividad sexual posterior tal vez genere de nuevo sus ansiedades.

Los niños pueden ser explotados sexualmente de manera directa, como en la prostitución, o indirecta, como en fotografías pornográficas. En relación con el abuso sexual, los rangos de prevalencia de adultos que informan una historia de abuso sexual en la niñez varía de

acuerdo con la metodología, las definiciones y las técnicas de muestreo.

Los investigadores concuerdan en que el abuso sexual en la niñez no es inusual y se estima que 20% de las niñas y 9% de los niños participan en actividades sexuales inapropiadas durante su niñez con estimulación sexual de otra persona. El incremento en el riesgo de abuso sexual no se relaciona con el estado socioeconómico o a la raza. Los niños son más propensos a sufrir abuso sexual durante la preadolescencia (8 a 12 años de edad). Las niñas son más propensas a experimentarlo que los niños; sin embargo, los niños que sufren abuso sexual a menudo no lo denuncian. Las víctimas de abuso sexual son personas aisladas de sus compañeros. Los factores de riesgo de abuso sexual en la familia comprenden relación deficiente padres e hijos, pobre relación entre los padres, ausencia de un padre protector y la presencia en la casa de un hombre sin relación biológica con el menor.

El abuso sexual, otra forma de maltrato y abuso del menor, también puede identificarse y tratarse en el medio hospitalario si se realiza una adecuada valoración de la víctima.

A través del tiempo la responsabilidad de practicar la valoración de las víctimas de abuso sexual ha variado mucho. Antes no era infrecuente que esta actividad recayera sobre el médico forense; el ginecólogo era el médico que realizaba la valoración si los casos de abuso sexual ocurrían en centros hospitalarios. Algunas comunidades contaban con un equipo de médicos privados, casi siempre ginecólogos, que se rotaban la responsabilidad de realizar los exámenes.

El número incrementado de casos (la mayor parte ocurre a la media noche) y la baja recompensa, así como la ansiedad y la falta de apoyo relacionados con los problemas legales que estos casos conllevan son factores de peso contra la participación voluntaria de los médicos.

La participación de los médicos en los casos de delitos sexuales tiene múltiples justificaciones. La relación médico-paciente es el facilitador óptimo de verdad y seguridad. Se espera que los médicos que participan en la evaluación de delitos sexuales posean experiencia y aprobación de la sociedad para examinar los genitales femeninos. Existe una creencia a nivel

de la comunidad legal acerca de que los médicos son peritos más capacitados que otros profesionales de la salud en este tipo de casos (fig. 98-5, color).

La requisición de una cobertura de 24 h al día y la necesidad potencial de tratamiento y riesgos (embarazo y enfermedades transmisibles sexualmente) de las lesiones relacionadas con los delitos sexuales demandan la incorporación de las valoraciones médicas de víctimas de abuso sexual como una de las responsabilidades regulares de las salas de urgencias en los hospitales. En la actualidad la mayor parte de estas evaluaciones la realiza un equipo de médicos de los departamentos de urgencias.

A pesar de estos argumentos en el sistema prevalecen algunos defectos importantes en la valoración de casos de delitos sexuales. La valoración médica de víctimas de delitos sexuales debe incorporar no sólo el tratamiento médico, sino también una meticulosa técnica de recolección de evidencia y una sensibilidad especial a las necesidades psicológicas de la víctima. La clave para poner todas estas piezas juntas es un adecuado entrenamiento. Por desgracia muy pocos departamentos de urgencias cuentan con médicos con la suficiente preparación teórica-práctica.

El concepto actual en la valoración de delitos sexuales es la participación de enfermeras con entrenamiento especial y médicos que realicen el examen completo de las víctimas. La primera ventaja de este nuevo concepto es el hecho de que el personal profesional puede seleccionarse con base en su deseo sincero de ayudar a las víctimas al practicar estas valoraciones. El beneficio central radica en tener la oportunidad de desarrollar una experiencia genuina en una área clínica específica como es la del estudio de los delitos sexuales.

Puesto que la valoración de las víctimas de violación genera una evidencia potencial que puede utilizarse en los procesos legales, es necesario que se añadan reglas escritas, información de testigos y, como punto principal, obtener el consentimiento. Cada fase de la valoración médica y de recolección de evidencia requiere un consentimiento específico. El consentimiento para los exámenes y procedimientos de problemas médicos es el

mismo que para cualquier otro paciente que se presenta a las salas de urgencias en busca de atención médica. Debe obtenerse un consentimiento adicional para tomar exámenes forenses especiales, así como para la liberación de cualquier evidencia física desde el laboratorio del hospital hacia el laboratorio de criminalística y por último para la liberación de información del historial médico del paciente del hospital hacia las autoridades del sistema de justicia criminal.

Una área importante, pero algunas veces mal comprendida, la constituyen los derechos de la víctima en cuanto al consentimiento o rechazo del tratamiento médico (incluso la valoración tanto del trauma físico como emocional, la detección y prevención de enfermedades venéreas, y la prevención del embarazo).

Antes de estructurar el examen debe hacerse un esfuerzo para ayudar a la víctima a disminuir su ansiedad y los sentimientos de vulnerabilidad; la víctima de abuso sexual nunca debe ser dejada sola porque ello puede intensificar su estrés emocional. Los objetivos en la obtención de la historia caen dentro de dos categorías. La primera consiste en identificar y delinear toda la información específica y cualquier trauma o daño físico agudo que pueda requerir tratamiento médico. El tratamiento concerniente sólo a la víctima de abuso sexual, como las enfermedades venéreas o el embarazo, merece una atención especial.

El segundo objetivo de la historia es conducir el examen médico-legal a áreas específicas que lleven a corroborar la evidencia física.

La historia que se obtiene de la víctima de abuso sexual incluye datos médicos estándar y un número específico de preguntas relacionadas con los detalles del ataque sexual. Debe comenzar con alguna información demográfica básica (edad y raza). Se obtienen los antecedentes personales médicos que incluyen enfermedades agudas o crónicas que puedan influir en la interpretación de los hallazgos físicos, así como antecedentes de enfermedades psiquiátricas mayores y el uso de alcohol y drogas antes o después del ataque sexual.

Tal vez la parte más controversia! en la obtención del historial médico es la historia ginecológica de la víctima; por ejemplo, fecha de la última menstruación (regularidad de los

ciclos), relaciones sexuales consentidas dentro de las 72 h previas al ataque (si la respuesta es sí, cuándo), lesiones ginecológicas recientes como intervenciones quirúrgicas y procedimientos e infecciones que puedan modificar los hallazgos físicos.

Por último es importante obtener toda la información relacionada con el ataque sexual: fecha y hora del ataque, lesiones físicas específicas, localización y descripción del ataque, número de atacantes, raza, si el atacante tiene o no relación con la víctima, métodos empleados por el atacante (armas, amenazas, uso de ataduras físicas, naturaleza del contacto físico), descripción del acto sexual estableciendo si la penetración se realizó en la vagina, el recto o ambos, sexo oral, masturbación, uso de objetos extraños, de espumas lubricantes, de saliva, uso de condón por el atacante, eyaculación sobre la superficie corporal y actos degradantes. También es importante establecer las actividades de limpieza que la víctima realizó después del ataque como bañarse, ducharse, cepillarse los dientes, cambiar de ropa, uso de tampones, esponjas, diafragma, etc.

El examen físico de la víctima de abuso sexual tiene dos áreas principales: la médica y la legal. El objetivo primario es el reconocimiento, la valoración y el tratamiento de cualquier lesión o herida que la víctima presente. También es importante la profilaxis contra enfermedades de transmisión sexual o embarazo no deseado como resultado del ataque. Desde el punto de vista legal el objetivo principal es la identificación, colección, preservación y en algún grado la interpretación de la evidencia que pueda corroborar el ataque; documentar cualquier hallazgo objetivo de trauma reciente y cualquier signo físico consistente con ataque sexual reciente, y coleccionar y preservar evidencia física apropiada para estudios forenses posteriores.

Al realizar el examen físico debe registrarse la fecha y la hora del examen, así como el comportamiento y el estado mental de la víctima; examen físico general con atención específica en lesiones ocasionadas durante el ataque; examen de la piel para identificar cualquier signo de trauma reciente, la presencia de material extraño o manchas; examen de la

cavidad oral; examen pélvico que incluye vulva (eritema, edema, signos de trauma), introito (himen: descripción de la elasticidad, signos de trauma), vagina (signos de trauma), cuello uterino (signos de trauma, cultivos), dolor a la palpación bimanual (signos de infección o embarazo) y recto (signos de trauma, cultivos) (fig. 98-5, color).

La colección de la evidencia incluye obtener la ropa que la víctima traía durante el ataque, así como cualquier detrito o desecho encontrado. La evidencia debe colectarse durante un examen bajo iluminación adecuada para obtener todo el material sospechoso o manchas, así como muestras de cabellos de la cabeza y púbicos (peinados y estirados), de saliva (para ver el estado secretor), vaginales (estudio de motilidad espermática), de sangre (VDRL, tipo sanguíneo y presencia de drogas, alcohol o ambos), orales y rectales (presencia de espermatozoides); pruebas de embarazo y un rastreo toxicológico (en sangre y orina).

NEGLIGENCIA

Los niños pueden sufrir serios daños por omisión de los padres en su cuidado así como por maltrato físico. Se espera que los buenos padres provean alimentación y vestimenta, cuidado y protección de cualquier lesión, y la atención médica necesaria. La privación en la alimentación es poco usual en Inglaterra, pero algunas veces ocurre cuando los padres son jugadores compulsivos, alcohólicos o drogadictos.

El descuido de los niños por parte de la familia es la forma más común de abuso infantil que suele pasar inadvertida. La definición de descuido del National Center for Child Abuse and Neglect establece que es el descuido del niño en un término que se refiere a actos de omisión; de manera específica, falta de un progenitor o de otra persona

legalmente responsable del bienestar del niño para satisfacer las necesidades básicas de éste y brindarle la atención adecuada con respecto a alimentación, vestimenta, higiene, atención médica y vigilancia. La negligencia hacia el menor puede manifestarse de varias maneras; tangible, como la pérdida de peso en un niño cuya dieta ha sido insuficiente, o

intangible, como los efectos psicológicos de las relaciones insatisfactorias. El descuido puede clasificarse de acuerdo con la evaluación de las funciones ordinarias de la familia y la consideración de las que se realizan más a menudo;

1. Desmedro, que es la falta de alimentos y capacidad para alimentarse.
2. Descuido médico, que es la falta de cuidados de la salud.
3. Abandono, que es el descuido total considerado en general como falta de supervisión y peligro para la seguridad.
4. Ausentismo escolar voluntario y evitar la escuela.

Los signos físicos compatibles con negligencia son los siguientes: uñas largas, dermatitis del pañal, falta de higiene, occipucio calvo, ojos abotagados, apatía.

ABUSO EMOCIONAL

Es importante dividir el abuso emocional en persecución y privación de acuerdo con lo que el niño sufre como resultado de una acción o una omisión de sus padres. El niño acosado es aquel que experimenta traumas físicos o psicológicos continuos que impiden su desarrollo. Este niño suele ser el chivo expiatorio de la familia, está sujeto de mane: constante a un maltrato irracional y por lo general es atemorizado o amenazado por padres tiranos. Estos niños casi siempre presentan síntomas psicósomáticos.

La privación del cuidado materno es mucho más común y tal vez constituya el problema más importante para la salud del niño. La atención y el amor continuo de la madre se esenciales para el desarrollo normal de las relaciones interpersonales. Si los padres biológicos son incapaces de proporcionar seguridad y afecto es imperativo que éstos sean provistos por padres alternos tan pronto como sea posible. Muchos niños se dejan bajo el cuidado de las autoridades públicas sin un adecuado plan para su futuro y resultado puede ser un gran problema de morbilidad psicosocial que puede prevenirse

Casi todos los niños que sufrieron negligencia y la mayoría de los que experimentaron abuso físico padecieron privación emocional y en consecuencia su desarrollo es alterado. El abuso emocional rara vez produce urgencias psicosociales, más a menudo como el descuido, representa un impedimento crónico para el crecimiento y el desarrollo normal del niño. En algunos casos se trata de niños abandonados en lugares públicos; en casas cerradas. Los signos compatibles con depauperación emocional son: cara blanco, ausencia de habla, ausencia de curiosidad y apatía, todo ello producto de actitud de rechazo, represión y aterrizamiento de los padres.

Por lo general todas estas formas de maltrato y abuso del menor se presentan combinadas; en la mayor parte de los casos un niño que es maltratado físicamente, también es en el ámbito emocional y en otras formas, y viceversa.

INTOXICACIONES INTENCIONALES

Algunos padres administran a propósito drogas tales como alcohol, benzodiazepinas, antidepresivos tricíclicos, narcóticos y otras drogas peligrosas a sus hijos y los intoxican, razón por la que deben ser denunciados con objeto de proteger a los menores.

EL SÍNDROME DE MUNCHAUSEN POR PODER

Por ser muy raro no hemos encontrado ningún caso en esta revisión (El único caso reportado por el Psiquiatra Dr. Ramiro Coello es adulto). Se refiere a que la madre le inventa enfermedades al niño y a la fuerza quiere que el médico le recete medicamentos o lo inyecte sin ser necesario.

Lecturas recomendadas

Antogonoli-Toland P. Comprehensive program for examination of sexual assault victims by nurses: A hospital based project in Texas. *J Emerg Nurs* 1985;11(3):132-5.

Braen GR. The rape examination. North Chicago 111: Abbott Laboratories 1976. tjr^

Burton MJ. Hairs and fibers as evidence. *Med Leg Bull* 1976;25:1.

Caffey J. Múltiple fractures in long bones of infants suffering from chronic subdural hematoma. *Am J Roentgenol Radium Ther Nucl Med* 1946;56:163.

California Medical Association Committee on Evolving Trends in Society Affecting Life and Advisory Panels of Obstetrics and Gynecology, Pathology and Psychiatry of the Scientific Board of the California Medical Association. Guidelines for the Interview and Examination of Alleged Rape Victims. *West J Med* 1975;123:420-2.

Davies A. Discussion of spermatozoa in the anal canal and rectum and in the oral cavity of female rape victim. *J Forensic Sci* 1979(letter);24:541-2.

DiNitto D, Martin PY, Norton DB et al. After rape: Who should examine rape survivors? *Am J Nurs* 1986:538-40.

Enos WF, Beyer JD. Spermatozoa in the anal canal and rectum and in the oral cavity of female rape victims. *J Forensic Sci* 1978;23:231-3.

Gil DG. Violence Against Children. Physical Child Abuse in the United States. Cambridge: Harvard University Press 1970. Halbert DR, Darnell-Jones DE. Medical management of the sexually assaulted woman. *J Reprod Med* 1978;20:265-74.

Helfer RE, Kempe CH (ed). Child Abuse and Neglect. The Family and the Community. Cambridge: Ballinger Publishing Company 1976. Helfer RE, Kempe CH (ed). The Battered Child, 2a ed. Chicago: The University of Chicago Press 1974. Hicks DL. Rape sexual assault. *Am J Obstet Gynecol* 1980;137:931-5.

Issitt PD, Issitt CH. Applied Blood Group Serology. Oxnard, Calif: Becton, Dickinson and Co. 1976;31-2,78-9,241-2. Kempe CH. Approaches to preventing child abuse. A health visitors concept. *Am J Dis Child* 1976;130:941.

Kempe CH, Helfer RE (ed). *Helping the Battered Child and his Family*. Philadelphia: JB Lippincott 1972. Kempe CH, Silverman FN, Steele BF et al. The battered-child syndrome. *JAMA* 1962;181:17.

Kogutt MS, Swischuk LE, Fagan CJ. Patterns of injury and significance of uncommon fractures in the battered child syndrome, *Am J Roentgenol Radium Ther Nucl Med* 1976;121:143.

Lauber A, Souma G. Use of toluidine blue for documentation of traumatic intercourse. *Obstet Gynecol* 1982;60:644-6.

Martin PY, DiNitto D, Maxwell S et al. Controversies surrounding the rape kit exam in the 1980s: Issues and alternatives. *Crime Delinquency* 31:223-46.

McCauley J, Guzinski G, Welch R et al. Toluidine blue in the corroboration of rape in the adult victim. *Am J Emerg Med* 1987;5:105-8. Norvell MK, Benrubi GI, Thompson RJ. Investigation of microtrauma after sexual intercourse. *J Reprod Med* 1984;29:269-71.

Paul DM. The medical examination in sexual offenses. *Med Sci Law* 1975;15:154-62. Paul DM. The medical examination of the live rape victim and the accused. *Legal Med Ann* 1977;137-53.

Schmitt B, Kempe CH. The pediatrician's role in child abuse and neglect. *Curr Prob Ped* 1975;5:3.

Silverman FN. Roentgen manifestation of unrecognized skeletal trauma in infants. *Am J Roentgenol Radium Ther Nucl Med* 1953;69:413.

Shiff AF. How to handle the rape victim. *South Med J* 1978;71:509-11.

Sternbaugh GL. Treatment of rape victims. *Emerg Med Services* 1976;1:8-15.

Sweeney PJ. Enlightened management of the rape victim (two parts). *ER Reports* 1981;2:91-98.

Talbert S, White SD, Bowen J D et al. Improving emergency department care of the sexual assault victim. *Ann Emerg Med* 1980;9:293-7.

Tedeschi DG, Eckert WG, Tedeshi LG. Rape. En: *Forensic Medicine*, vol 2. Philadelphia: WB Saunders 1977. U.S. Department of Health, Education and Welfare. Child Abuse and Neglect. The Problem and its Management. Publication No. (OHD) 75-300073. Washington: Government Printing Office. Woodling BA, Evans JR, Bradbury MD. Sexual assault: rape and molestation. *Clin. Obstet Gynecol* 1977;20:509-30.

Wooley PV Jr, Evans WA Jr. Significance of skeletal lesions in infants resembling those of traumatic origin. *JAMA* 1955;158:539.