

Maltrato físico y el testigo cómplice

Dr. Carlos Baeza-Herrera,* Dr. Víctor Alarcón-Quezada,** Dra. Adriana Castillo-Aguirre,***
Dr. Bruno Martínez-Leo**

RESUMEN

Introducción. El maltrato físico continúa siendo un flagelo social en México. En cualquiera de sus manifestaciones es el síndrome que causa más impacto.

Informe clínico. Presentamos el caso de un escolar quien fue severa y prolongadamente agredido por la madrastra, con la contemplación del padre biológico. Las heridas que sufrió medían más de 120 cm. Buscamos en el suero del menor, residuos de rhabdomiolisis sin éxito.

Palabras clave: Maltrato físico, rhabdomiolisis, trauma facial, trauma de los genitales.

ABSTRACT

Introduction. Physical abuse is still a social scourge in our country and of its forms is the most striking aspect of the syndrome.

Clinical report. We present the case of a schoolboy who was severely and repeatedly assaulted by his stepmother, in the presence of his father. The combined extension of the injuries measured over more than 120 cm in length.

Key words: Physical abuse, rhabdomyolysis, facial trauma, genital trauma.

En general el maltrato físico al menor es el daño corporal que sufre la víctima por parte de alguien que debe encargarse de su atención. En nuestra experiencia, casi no existe estructura anatómica del cuerpo que esté libre de riesgo. Hay la creencia bien fundamentada de que muchos niños lo sufren y el pediatra jamás se entera de ello; tampoco la autoridad, lo que se ha atribuido a ciertos temores del denunciante

potencial. Entre ello, observados tanto en familiares como en médicos se encuentra: la resistencia a perder tiempo en trámites médico-legales, el temor a una confrontación con los padres y con menor frecuencia, amenazas, ignorancia e impericia. Todo esto es un problema muy común y creciente ¹.

En la génesis del maltrato físico, casi siempre hay alguna persona que de manera cercana y directa o no al fenómeno, sabe que el niño está siendo castigado en forma abusiva y casi siempre se mantiene al margen de la situación para no “meterse en un problema”. A esa figura se la denomina “testigo silencioso”. Esta persona puede ser la madre, el padre, un vecino, un hermano menor o mayor, pero todos tienen una característica común: no delatan al agresor.

El “testigo cómplice”, se refiere a la persona que pudiendo evitar el maltrato, se mantiene al margen unas veces guardando silencio doloso pero otras, inclusive contribuyendo indirectamente para que el daño que recibe la víctima sea más cruel y severo.

Presentamos el caso de un niño que fue severamente golpeado por su madrastra; el daño causado se perpetuó y agravó con la complicidad del padre, quien permitió que

* Jefe de la División de Cirugía. Hospital Pediátrico Moctezuma (HPM). Secretaría de Salud del Distrito Federal. Profesor Titular de Cirugía Pediátrica. Universidad Nacional Autónoma de México.

** Residente de Cirugía. HPM

*** Jefa del Servicio de Cirugía de Corta Estancia. HPM

Correspondencia: Dr. Carlos Baeza-Herrera. Oriente 158 No. 189 Colonia Moctezuma 2ª Sección 15530 México, D. F. Delegación Venustiano Carranza. Tel: 57 62 24 21, 55 71 40 57, dr.carlosbaeza@yahoo.com.mx

Recibido: julio, 2011. Aceptado: junio, 2012.

Este artículo debe citarse como: Baeza-Herrera C, Alarcón-Quezada V, Castillo-Aguirre A, Martínez-Leo B. Maltrato físico y el testigo cómplice. Acta Pediatr Mex 2012;33(5):223-226.

el efecto de los golpes a su hijo llegase a extremo tal que el número de lesiones fuera casi incontable. El padre en este caso actuó no sólo como testigo pasivo, en la mayoría de las ocasiones en forma displicente y además encubrió el delito al no denunciarlo y actuó en forma dolosa como testigo cómplice.

PRESENTACION DEL CASO

Niño de seis años de edad procedente del estado de México, cuya madre falleció en un accidente automovilístico. El padre viudo, no tenía antecedente de haber sido golpeado ni era drogadicto. Vivía en unión libre con la madre adoptiva del niño. Ella y el padre habían cursado el bachillerato. El menor recibió todo el esquema de vacunación. Es alérgico a la penicilina. Fue llevado a la sala de urgencias debido a que ese día de su ingreso, al estar bañándose el menor, cayó al suelo y se golpeó la frente. No perdió la conciencia ni vomitó. Se recibió consciente, irritable, con respuesta adecuada a estímulos. Mostraba heridas en la cabeza, el tronco y las extremidades torácicas (Figura 1). Peso 16.2 kg, talla, 1.08 m, tenía zonas de alopecia y herida frontal sangrante de 4 por 6 cm de diámetro. En la región supraorbitaria izquierda, herida de bordes irregulares de 3 cm de longitud. En la región occipital, dermoexcoriaciones de bordes irregulares de 5 cm de diámetro. Pabellón auricular izquierdo con herida de 2 por 2 cm de longitud; nariz con heridas en ambas alas nasales y discreta desviación del tabique nasal. Labios edematosos y ligeramente equimóticos; heridas en las caras interna y externa de ambos labios de 2 cm de longitud. Tórax anterior (Figura 2) con 20 lesiones en forma de "U" en piel y tejido celular subcutáneo de 2 cm de longitud y dermoexcoriaciones lineales de extensión variable. Tórax posterior (Figura 3) con 13 lesiones de longitud y forma variables, en la región escapular izquierda una en forma de "U" de 2 cm de largo; debajo de ésta, otra de 3 por 3 cm en piel y tejido celular subcutáneo. En la línea media había otra de 1 por 1 cm. Hacia fuera de la región escapular, otra lesión de 2 por 2 cm y hacia el tercer cuerpo vertebral torácico, tres lesiones de 1 por 1.5 cm en forma de "U" incompleta. En la región escapular derecha había tres más: dos de 1.5 por 1.5 cm de longitud y otra de un cm². Hacia T8 se encontró una lesión de 5 por 1 cm de longitud y a la derecha de las anteriores, otras dos en forma de "U" de 1 cm la primera y de 2 cm



Figura 1. Vista panorámica a su ingreso a la sala de urgencias. Nótese la expresión de dolor.

de longitud la segunda. En la región subcostal izquierda había otra de 2 por 2 cm. En la subcostal derecha hacia la línea axilar posterior, otra lesión de 3 cm y debajo de ésta, en la región lumbar, otra de 8 cm de longitud. Medial a la anterior y hacia la columna lumbar, otra herida en forma de "U" de 2 por 2 cm seguida de otras cuatro: dos de 2 por 2 cm y dos en la columna sacra de 3 cm. No se encontró ninguna fractura. Dermoexcoriaciones no recientes y lesión en fase de costra en el flanco derecho de 5 cm de longitud. No había visceromegalias. En el brazo y antebrazo derechos había excoriaciones lineales y una herida no reciente de 6 cm en piel y tejido celular subcutáneo (Figura 4) y en el resto, 18 lesiones de 3 cm de longitud en forma de "U" incompleta y pérdida de la uña del segundo dedo. Extremidad torácica izquierda: múltiples dermoexcoriaciones acentuadas y profundas y lesiones en forma de "U" sobre todo en brazo, codo y antebrazo. Dos lesiones proximales al hombro de ese lado de 4 y 5 cm de longitud que se continuaban con dermoexcoriación lineal



Figura 2. Obsérvense las heridas múltiples en la espalda del paciente.



Figura 3. Lado opuesto de la pared torácica que muestra varios tipos de lesiones.

de 7 cm de longitud y que confluía con otra de 3 cm en la cara dorsal del antebrazo de 4 por 4 cm de diámetro, infectada y con escurrimiento de pus que abarcaba piel y tejido celular subcutáneo. Había una lesión circular infectada, en la base del pene que abarcaba piel y tejido celular subcutáneo (Figura 5), producida por una cuerda que una vez atada, era halada. Extremidades inferiores: había múltiples lesiones equimóticas no recientes. Otras 51 heridas recientes cuya longitud total era de 120 cm. Se efectuó rastreo radiológico de estructuras óseas, ultrasonido y tomografía axial computarizada del cuerpo; no se hallaron lesiones óseas ni viscerales. Citología hemática, examen general de orina, pruebas de función hepática y de tendencia hemorrágica y electrolitos normales; hemoglobina, 5.1 g/dL; hematócrito, 16.3%. Se midió la creatinfosfoquinasa en suero resultando normal. Se solicitó consulta a oftalmología y otorrinolaringología. No hubo evidencia de daño a esas estructuras. Permaneció internado 27 días y fue dado de alta recuperado. Se concedió custodia a los abuelos paternos. La madre adoptiva y el padre biológico están siendo procesados.

ANÁLISIS

El maltrato físico es el daño orgánico que recibe la víctima por la agresión intencional y premeditada de miembros de la familia o tutores quienes tienen entre sus obligaciones, la procuración de alimento, educación, techo y sustento¹. Aunque no se conocen límites y no existe una clasificación de estadios de gravedad, el término “violencia extrema por maltrato”² puede ejemplificar hasta donde una persona puede golpear con saña a otra con menor resistencia física y menor capacidad de defensa.

Las heridas causadas por maltrato físico frecuentemente tienen características sugestivas y algunas tan peculiares que las vuelven típicas; a estas últimas pertenecen las que se marcan con los dientes cuando se da un mordisco; las quemaduras por líquido en ebullición denominadas en “caletín”; las perineales; las lesiones en forma de asa o herradura; las consecutivas a quemadura por cigarrillo y las cuadradas o redondas que son la huella de golpes con hebilla de cinturón².

En vista de que la etiopatogenia del síndrome del niño maltratado se compone de un trípode constituido por el que



Figura 4. Herida inveterada, en fase de cicatrización por segunda intención. Estaba severamente infectada.



Figura 5. Herida peneana profunda en fase de consolidación por segunda intención.

abusa, la víctima y una circunstancia³, creemos que existe otro factor, otra persona que interviene y frecuentemente permite se perpetúe el maltrato. Es alguien que casi siempre permanece al margen. Puede ser un hermano menor o mayor, un vecino, el padre o la madre, al que denominamos testigo silencioso. Este testigo puede ser pasivo o activo. El primero, es el más común y dependiendo del nivel de intervención en el desarrollo del problema, su actitud puede ser punible. El activo, es quien contribuye de forma directa para que el maltrato continúe y lo denominamos “testigo cómplice”. En términos jurídicos se considera como agresor directo, aunque no lo sea.

La psicología de la conducta de las personas que saben que en determinado hogar existe el maltrato físico en cualquiera de sus formas es diversa y varía de acuerdo con la concepción del término y de la educación de cada persona. Hay quien considera que ciertos castigos corporales que reciben los niños son justificados y merecidos. En contraste hay quienes consideran que negar un capricho a un niño debe ser considerado como abuso. Los primeros, suelen ser irritables, poco tolerantes y con tendencias violentas, mientras que los segundos son lo opuesto. En ambos, puede haber antecedente de que fueron agredidos por sus padres⁴.

Respecto a la lesión genital que sufrió nuestro paciente, desconocemos cómo sucedió; cuando quisimos interrogar a la madrastra, ésta ya estaba arrestada. El niño refería que le halaban y nuestra impresión es que probablemente le ataron una cuerda, ejerciendo tanta tracción, que le lastimaron el órgano.

REREFENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Loredo AA, Reynés MJ, Martínez CS, Carbajal RL, Vidales BC, Villaseñor ZJ. Maltrato al menor. Una realidad creciente en México. *Bol Med Hosp Infant Mex* 1986;43:125-34.
2. Dávila MA. Algunas consideraciones sobre el diagnóstico del niño maltratado. En: Marcovich J. *El maltrato a los hijos*. México D.F.: Edicol; 1978. p. 75-8.
3. Fontana VJ. En defensa del niño maltratado. México D.F.: Ed. Pax-México; 1984. p. 128-59.
4. Baeza CH, Sánchez FLA, Sanjuán HF, Salinas JM, Nájera HLG. Violencia extrema por maltrato. *Gac Med Mex* 2005;141:239-40.
5. Loredo AA, Trejo JT, Galván ER. Maltrato físico. En: *Maltrato en niños y adolescentes*. México D.F.; Editores de Textos Mexicanos: 2004. p. 28-74.