

Maltrato infantil y abuso sexual

Análisis retrospectivo de las historias clínicas de niños internados en el Centro Hospitalario Pereira Rossell en el período 1/1998-12/2001

Dres. Gabriela Bellinzona, Marcelo Decuadro†, Gloria Charczewski‡, Ivonne Rubio‡*

Clínica Pediátrica "C". Centro Hospitalario Pereira Rossell. Facultad de Medicina. Montevideo, Uruguay

Resumen

Se realizó un trabajo descriptivo y retrospectivo del período 1998-2001 con el objetivo de conocer las características de los casos de maltrato infantil y abuso sexual que ingresaron al Centro Hospitalario Pereira Rossell (CHPR). El maltrato físico fue 61,2% y el abuso sexual 38,8% de los casos. El maltrato físico por acción u omisión predominó en los niños menores de 5 años. El tipo de lesiones halladas con mayor frecuencia fueron las de partes blandas seguidas por el traumatismo encefalocraneano.

Se constató una alta frecuencia de familias monoparentales, en particular madre sola, siendo esta última la principal agresora del niño.

El mayor porcentaje de abuso sexual se produjo a nivel intrafamiliar, en niñas, y los principales agresores fueron el padre sustituto y el padre biológico.

Un alto porcentaje de niños debió ser separado de sus hogares, con todas las repercusiones emocionales y psicológicas que esto conlleva.

Se enfatiza la función del pediatra formando parte de un equipo multidisciplinario, quien debería jugar un rol importante en prevención ya que generalmente es el primero en tomar contacto con el niño y su familia, pudiendo identificar factores estresores o de riesgo y los factores protectores.

Palabras clave: MALTRATO A LOS NIÑOS.
ABUSO SEXUAL INFANTIL.

* Prof. Adj. Clínica Pediátrica "C".

† Ex Residente de Clínica Pediátrica "C".

‡ Profesora de Pediatría. Clínica Pediátrica "C".

Correspondencia: Dra. Gabriela Bellinzona
Centro Hospitalario Pereira Rossell. Bvar Artigas 1525. Clínica
Pediátrica "C".

CP 1400 Montevideo, Uruguay.

E-mail: curbeli@adinet.com.uy

Presentado: 7/5/04.

Aceptado: 21/1/05.

Introducción

El fenómeno del maltrato infantil (MI) es tan antiguo como la humanidad; sin embargo, es recién a partir del siglo XIX que la sociedad comienza a tomar conciencia del problema. Progresivamente surgen respuestas contra la crueldad y la violencia hacia los niños⁽¹⁾.

En 1959, las Naciones Unidas proclaman la Declaración de los Derechos del Niño, concretada en un decálogo de diez principios, que a pesar de no tener basamento jurídico vinculante tuvo un gran poder moral⁽²⁾.

En 1989, la Asamblea General de las Naciones Unidas aprobó la *Convención sobre los Derechos del Niño*. En Uruguay la legislación sobre los derechos del niño está contemplada en la Constitución, códigos Civil y Penal, destacándose el Código del Niño aprobado en 1934 en el cual existen normas específicas de protección a la infancia⁽³⁾.

Prestigiosos profesionales integraron la comisión nombrada por el Poder Ejecutivo para estructurarlo, entre ellos el Dr. Luis Morquio, quien influyó con sus ideas y conceptos, sedimentados a través de su larga actividad profesional^(4,5).

Uruguay es signatario de la Convención sobre los Derechos del Niño transformándola en la Ley N° 16.137 el 28 de setiembre de 1990⁽³⁾. Al momento de la redacción de este trabajo se encuentra en el Parlamento el proyecto del Nuevo Código de la Niñez y Adolescencia para ser aprobado.

Paralelamente al enfoque social, el conocimiento médico en la materia fue progresando significativamente.

Las primeras observaciones de niños maltratados fueron descritas en 1868 por Ambrosio Tardieu, profesor de medicina legal en París, quien se basó en hallazgos obtenidos en las autopsias de 32 niños golpeados o quemados hasta producirles la muerte.

En 1946, John Caffey, radiólogo pediatra, llamó la atención sobre la asociación de hematomas subdurales y alteraciones anormales en los huesos largos de niños, que luego el mismo Caffey, junto con Silverman, comprobaron que eran de origen traumático⁽⁶⁻⁸⁾.

El impulso final para el conocimiento de esta enfermedad a nivel mundial surgió del simposio interdisciplinario de la Academia Americana de Pediatría organizado por Henry Kempe en 1961. En él se señalaron aspectos pediátricos, radiológicos, legales y psiquiátricos junto con las primeras estadísticas estadounidenses⁽⁹⁾.

El reconocimiento del abuso sexual (AS) como una forma de maltrato infantil, lo inicia Sigmund Freud (1856-1939). No obstante, es en la década de 1960 cuando se reconoce la importancia social del problema, iniciándose el estudio de su incidencia y reconociéndose su importancia clínica⁽¹⁰⁾.

El maltrato infantil es definido en la actualidad (Organización Mundial de la Salud 1999) como “toda forma de maltrato físico o emocional, o ambos, abuso sexual, abandono o trato negligente, del que resulte un daño real o potencial para la salud, la supervivencia, el desarrollo o la dignidad del niño en el contexto de una relación de responsabilidad, confianza o poder”⁽³⁾.

Pueden distinguirse los siguientes tipos de maltrato:

a) *Maltrato físico*

Activo: toda acción no accidental ejecutada por parte de los padres o cuidadores que provoque daño físico o enfermedad en el niño o lo coloque en grave riesgo de padecerlo.

El maltrato físico puede presentarse bajo la forma de: lesiones cutáneas, óseas, cráneo-encefálicas, torácicas y abdominales, intoxicaciones, asfixia mecánica, etcétera.

Por omisión: negligencia o abandono físico. En este caso las necesidades básicas (alimentación, vestido, higiene, protección/vigilancia, cuidados médicos, educación) no son atendidas por ningún miembro del grupo que vive con el niño. Incluye la ocurrencia de accidentes evitables por el descuido de los adultos⁽¹⁰⁾.

Mencionamos aquí también a los “niños de la calle”, que carecen de hogar y de familiares que los atiendan; viven solos o teniendo familia biológica o sustituta, están de forma continua o transitoria en la calle. Son niños sin escolarizar, con trabajos marginales, prostitución infantil, abandonados, etcétera⁽¹¹⁾.

b) *Maltrato emocional*

Por acción: consiste en la hostilidad verbal crónica en forma de insulto, burla, desprecio o amenaza de abandono y constante bloqueo a iniciativas de interacción infantiles. Incluye ser testigo de violencia.

Por omisión (deprivación afectiva): falta “persistente” de respuesta a las señales (llanto, sonrisa), expresiones emocionales y conductas procuradoras de proximidad e interacción iniciadas por el niño y falta de iniciativa de interacción y contacto por parte de una figura adulta estable.

Desatención de las necesidades afectivas del niño: cariño, estabilidad, seguridad, estimulación, apoyo, rol en la familia, autoestima, etcétera^(9,10).

c) *Abuso sexual*

Se define el AS como cualquier clase de contacto sexual con un niño menor de 18 años desde una posición de poder o autoridad sobre el mismo. Se consideran aquellas situaciones en las que el menor es utilizado por sus pa-

dres, tutores u otras personas para realizar actos sexuales o como objeto de estimulación sexual. No es necesario que haya un contacto físico para considerar que existe abuso sexual⁽¹⁰⁻¹²⁾.

Las características propias del MI hacen que el conocimiento real de su frecuencia sea desconocido. La naturaleza del problema, el hecho de que un gran número de casos se produzca dentro de la familia, el miedo a la denuncia, condicionan el desconocimiento del número real de casos. La falta de notificación por parte de los profesionales también ha contribuido al desconocimiento de la realidad, pero actualmente existe la obligatoriedad de declaración de los casos de maltrato infantil.

Los casos detectados serían una pequeña parte de los casos reales (10%-20%)^(8,11,12).

Objetivo

El objetivo de este trabajo es conocer la población de niños que ingresó al Centro Hospitalario Pereira Rossell (CHPR) con diagnóstico de maltrato infantil y abuso sexual en el período 1998-2001 y describir sus características, las de la víctima y las del agresor.

Material y método

Se realizó un trabajo descriptivo y retrospectivo donde se analizaron las historias clínicas de todos los niños ingresados con diagnóstico de probable MI o probable AS seleccionadas sobre la base de la lista de ingresos del CHPR durante un período de cuatro años (enero 1998-diciembre 2001).

Se consideró diagnóstico confirmado de MI o AS cuando el equipo interdisciplinario actuante (pediatra, asistente social, psiquiatra infantil y médico legista), luego de discutir los resultados de sus intervenciones específicas a través de la investigación y el estudio del caso, así lo determinó.

Se identificaron 293 historias clínicas de las cuales 185 correspondieron a ingresos por probable maltrato físico y 108 a ingresos por probable abuso sexual.

Se confirmó maltrato físico en 137 niños y abuso sexual en 87 casos, siendo estas las historias analizadas.

Según el tipo de maltrato se definieron tres grupos: maltrato físico por omisión o abandono físico, maltrato físico por acción y abuso sexual.

Se consideraron como casos graves aquellos que requirieron internación en unidad de tratamiento intensivo (UTI).

Con respecto a la víctima se analizaron: procedencia, edad, sexo, estado nutricional y desarrollo y los antecedentes personales patológicos.

Se consideró buen estado nutricional cuando el peso

y la talla se ubicaron por encima del percentil 5 y buen desarrollo sobre la base del diagnóstico del estado madurativo registrado en la historia clínica realizada por el médico tratante al ingreso.

Con respecto al agresor (se consideró para definirlo el relato del niño y la opinión del equipo tratante) se analizaron: edad, sexo, vinculación con el niño (madre, padre, madre sustituta, padre sustituto, familiar, etcétera) ocupación, nivel educativo.

En cuanto a la constitución familiar o núcleo familiar de origen de la víctima se agruparon en: padre y madre biológicos, madre biológica y padre sustituto, padre biológico y madre sustituta, madre sola, padre solo, familiar, institución.

Se realizó el cálculo de los días de internación basados en las fechas de ingreso y egreso registradas en la historia clínica.

Como destino del niño al alta se consideró la decisión judicial al respecto consignándose: reintegro del niño a su domicilio, otorgar la custodia a un familiar, internación del niño en dependencias del Instituto Nacional del Menor (INAME); se registraron situaciones de fuga del hospital.

Se determinó el número de reingresos del niño al hospital basados en las internaciones registradas en la historia clínica, diferenciando si se trató de reingreso por maltrato, por enfermedad o ambos.

Se determinaron estas variables para ambas situaciones: maltrato infantil y abuso sexual.

En el procesamiento de los datos se utilizó el programa Excel: hojas de cálculo, gráficos y funciones estadísticas.

Resultados

Maltrato físico

Con respecto a la procedencia de los 137 ingresos, 108 correspondieron a Montevideo (78,8%), 25 al interior (18,2%) y 4 (5,8%) sin datos.

La edad de los pacientes estuvo comprendida entre 14 días y 14 años, con una media de 5 años (figura 1).

El grupo de menores de 5 años constituyó 56,2% de los casos; de 5 a 10 años 26,3% de los casos y de 10 a 15 años se encontró el 17,5% restante (figura 1).

En cuanto a la distribución por sexo, 69 niñas (50,4%) y 68 varones (49,6%).

Presentaron un buen estado nutricional 110 (80,3%) niños, y 26 (19%) eran desnutridos, sin datos 1 caso (0,7%). El desarrollo fue normal en 111 (81%) encontrándose retraso en 23 (16,8%), 3 sin datos (2,2%).

Respecto a los antecedentes personales patológicos 105 (76,6%) niños eran sanos previamente y los 32 casos restantes (23,4%) presentaban alguna enfermedad: neu-

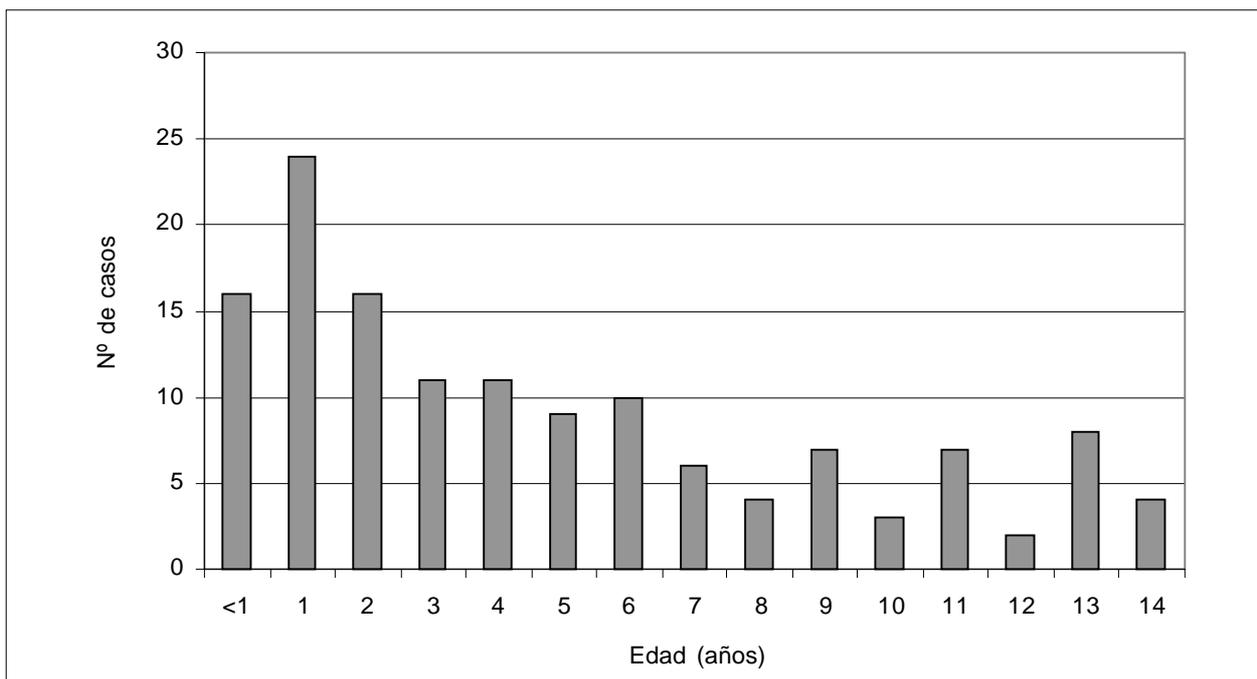


Figura 1. Maltrato físico. Distribución por edades

rológica (8,7%) en su mayoría epilepsia y respiratoria (7%), predominando los cuadros broncoobstructivos.

Según el tipo de maltrato 23 casos fueron de abandono físico o maltrato físico por omisión (16,8%) y 114 maltrato físico por acción (83,2%).

De los 23 casos de abandono físico, 74% eran menores de 5 años y de éstos 7 casos (30%) menores de 2 años. De los 114 casos de maltrato físico por acción 63 (55%) correspondieron a menores de 5 años, de los cuales 33 (29%) eran menores de 2 años.

Las lesiones encontradas en el maltrato físico por acción fueron: lesiones de partes blandas –hematomas, equimosis, etcétera– en 92 casos (67,1%); traumatismo encéfalo-craneano (TEC) 26 casos (18,9%); lesiones óseas 11 casos (8%); sin lesiones 11 casos (8%); traumatismo de tórax 8 casos (5,8%); traumatismo abdominal 6 casos (4,4%).

Se registraron tres intoxicaciones y un solo caso de quemadura (tabla 1).

Con respecto al adulto agresor la madre fue la agresora en 48 casos (35,1%), el padre en 34 (24,8%), el padre sustituto en 23 (16,9%), seguido de otros familiares en 13 casos (9,5%), padre y madre biológicos 5 casos (3,6%), madre biológica y padre sustituto 5 casos (3,6%) 1 caso de agresor extrafamiliar (0,7%) madre sustituta 1 caso (0,7%) institucional 1 caso (0,7%) no identificados 6 (4,4%) (figura 2).

El promedio de edad del agresor fue de 29 años, con un rango de edades entre 16 y 44 años.

Tipo de lesión	Frecuencia
LPB	92
TEC	26
LO	11
TT	8
TA	6
I	3
Q	1

LPB: lesiones de partes blandas; TEC: traumatismo encéfalo-craneano; LO: lesiones óseas; TT: traumatismo de tórax; TA: traumatismo abdominal; I: intoxicaciones; Q: quemaduras

La ocupación del agresor se conoció en 78 casos quedando 59 sin datos. De los 78 la situación laboral mostró 44 (56,4%) ocupados y 34 desocupados (43,6%).

El nivel educativo del agresor no se pudo analizar debido a que no figuraban esos datos en la mayoría de las historias.

Se comprobaron seis casos de maltrato grave que requirieron traslado a UTI, cuatro presentaban TEC grave, uno por traumatismo abdominal y un caso de intoxicación por benzodiazepinas.

De este grupo cinco eran menores de 1 año y en cuatro casos la agresora fue la madre, cuya edad promedio fue de 21,7 años.

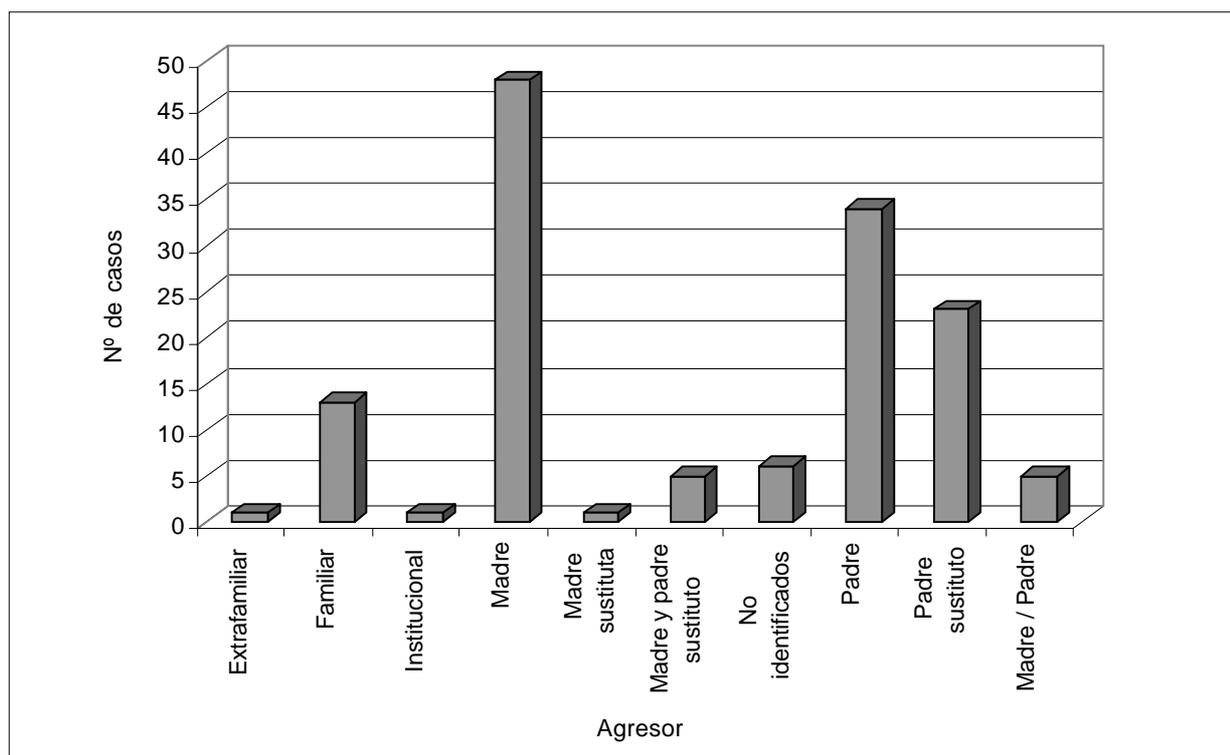


Figura 2. Maltrato físico. Agresor

En 11 niños se diagnosticó maltrato físico en ausencia de lesiones, en base a decisiones judiciales basadas en otros medios probatorios (testimoniales, investigación social).

La constitución familiar fue en 44 (32,2%) madre y padre biológicos, en 40 (29,2%) madre sola, en 33 (24%) madre biológica y padre sustituto y en 2 casos no se obtuvieron datos (1,5%). Los 18 casos restantes (13,1%) estaban constituidos por un familiar ya sea padre solo, padre biológico y madre sustituta o institución.

El destino de los niños de esta muestra fue: en 84 casos (61,3%) reintegro a su domicilio; 27 (19,7%) ingreso en dependencias del INAME; 15 (10,9%) quedaron a cargo de un familiar; se registraron 4 casos de fuga (2,9%), 7 casos no consignaba datos la historia consulta (4,5%).

El promedio de días de internación fue de 8,2 días, con un mínimo de 1 día y un máximo de 73 días.

En 103 casos (75,2%) no hubo reingresos; 18 casos (13,1%) reingresaron por otra afección y 10 (7,3%) por maltrato, 3 (2,2%) reingresaron por maltrato y otra enfermedad, y sin datos 3 (2,2%).

Abuso sexual

Se identificaron 87 niños, 64 (73,6%) procedían de Montevideo y 19 (21,8%) del interior, 4 (4,6%) sin datos. La ma-

yoría de los niños tenían su domicilio en las seccionales policiales 24 y 19 de Montevideo.

La edad varió entre 1 año y 14 años, con una media de 8 años; 30 niños (34,5%) eran menores de 6 años; 45 (51,7%) tenían entre 6 y 12 años y 12 (13,8%) mayores de 12 años (figura 3).

La distribución por sexo fue: 70 niñas (80,5%) y 17 varones (19,5%). Tenían buen estado nutricional 83 (95,4%) y sólo 3 (3,5%) eran desnutridos, sin datos 1 (1,1%).

Presentaron desarrollo normal 75 (86,2%) y retraso 11 (12,7%), sin datos 1 (1,1%).

No tenían antecedentes personales patológicos 71 niños (81,6%).

La media de días de internación fue de 6 días, con un mínimo de 1 día y un máximo de 23 días.

En 21 (24,2%) casos el agresor fue el padre sustituto, padre biológico en 11 (12,6%), otros familiares 24 (27,6%) como hermano, abuelo, tíos, primos. Se produjeron 16 (18,4%) casos de abuso extrafamiliar. No se identificó el agresor en 15 casos (17,2%) y no se registraron agresoras (figura 4).

La constitución familiar fue madre y padre biológicos en 30 casos (34,5%), madre biológica y padre sustituto 25 (28,8%), madre sola 21 (24,2%), seguido de padre solo 2 (2,3%), familiar 3 (3,4%), INAME 3 (3,4%), sin datos 3 (3,4%).

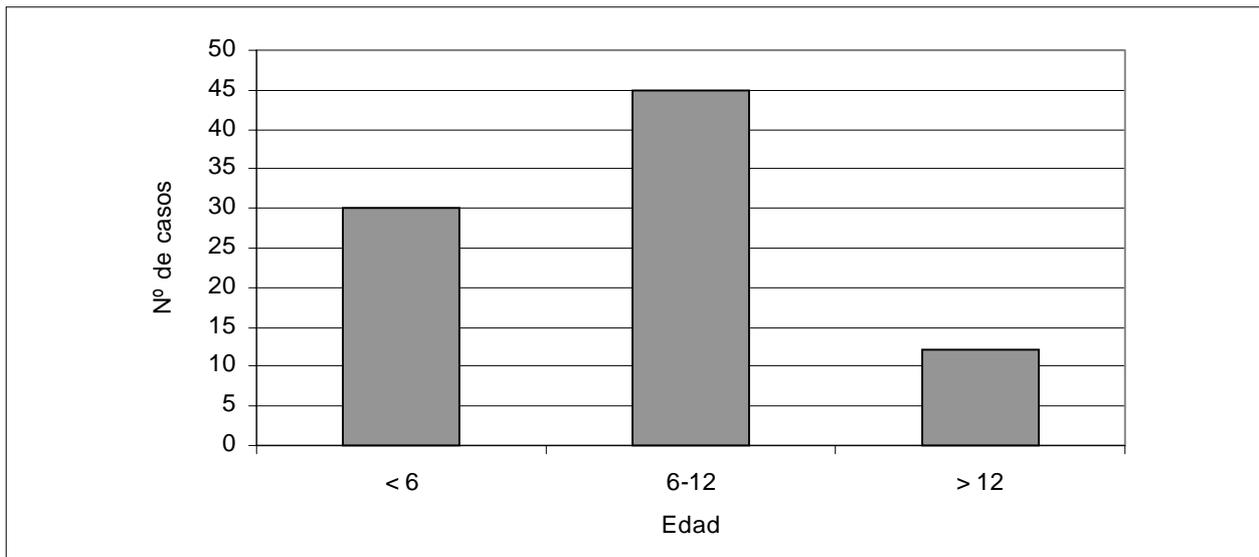


Figura 3. Abuso sexual. Distribución por edades

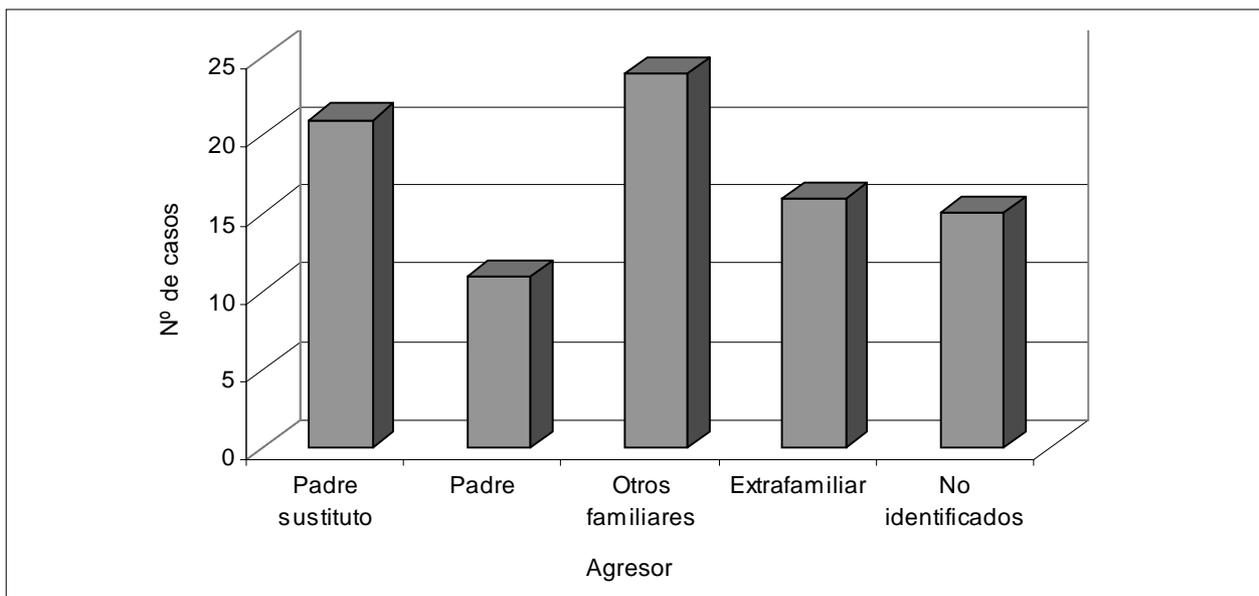


Figura 4. Abuso sexual. Agresor

Respecto al destino del niño luego del alta: 60 (69%) fueron reintegrados a su domicilio; 12 (13,8%) quedaron a cargo de un familiar; 9 (10,3%) ingresaron en dependencias del INAME; se registraron 4 casos de fuga (4,6%), 2 casos (2,3%) sin datos.

Durante el período analizado y hasta el 31 de diciembre de 2001 no se produjeron reingresos en 77 casos (88,6%); 6 reingresaron por otras enfermedades (6,9%), 1 por maltrato (1,1%); 1 por abuso sexual (1,1%) y 2 sin datos (2,3%).

Discusión

Con respecto al tipo de maltrato 61,2% de los ingresos correspondieron a maltrato físico y 38,8% a abuso sexual.

Maltrato físico

El maltrato infantil se presentó predominantemente bajo forma de maltrato físico por acción (83%) y el grupo más afectado correspondió a los menores de 5 años (56,2%) y

en particular los menores de 2 años como se describe en la literatura. A esta edad es donde el desconocimiento o incomprensión de las conductas y el desarrollo normal del niño por parte de los adultos genera mayor número de crisis desencadenantes de malos tratos⁽¹¹⁾.

Cuanto más pequeño es el niño, menores son las posibilidades de defenderse de las agresiones y mayor es la dependencia que tiene de los cuidadores para subsistir^(12,13). En los menores de 2 años es donde se producen las formas de maltrato más graves, con riesgo de muerte y secuelas, siendo el TEC grave la primera causa de muerte por maltrato^(14,15). En esta serie seis niños ingresaron a CTI por maltrato grave, de ellos, cuatro fueron por TEC.

No hubo diferencias en cuanto al sexo de la víctima, presentándose en una relación 1:1.

Se encontró desnutrición en 19% de los casos, la que en general se vio asociada al maltrato físico por omisión o abandono físico que en esta serie fue 16,8% de la muestra.

El retraso del desarrollo que se encontró en 16,8% de los casos probablemente haya sido de causa multifactorial ya que el niño que sufre agresión física u omisión de cuidados básicos generalmente padece de privación afectiva y falta de estímulo, esta situación lo predispone a presentar un pseudo retardo o retardo. Asimismo, los que padecen una enfermedad neurológica crónica o psiquiátrica demandarán mayor cuidado y atención pudiendo condicionar maltrato. En esta serie se constató afección neurológica en 8,7% de los casos, en su mayoría epilepsia, no siendo esta enfermedad la que condiciona mayor demanda por parte de los padres o tutores.

Las lesiones de partes blandas (hematomas, equimosis, erosiones) estaban presentes en 67,1% de los casos, siendo las lesiones más frecuentes, lo cual coincide con la bibliografía consultada⁽¹³⁻¹⁵⁾, seguido del TEC que estaba presente en 18,9% de los casos.

Los cuatro casos de TEC grave constituyen el tipo lesional de mayor mortalidad o pasible de secuelas graves en especial en menores de 2 años^(9,11,16). Otra forma de maltrato grave es el traumatismo de abdomen que se identificó en un niño y es consignado como la segunda causa de muerte⁽⁹⁾. Otras formas de maltrato grave son las lesiones óseas y el traumatismo de tórax.

En 11 casos (8%) se diagnosticó maltrato físico sin lesiones evidentes en base a decisiones judiciales basadas en otros medios probatorios (testimoniales y de investigación social).

Como agresor la madre ocupó el primer lugar (35,1%), seguida por el padre (24,8%). En relación con la constitución del núcleo familiar la madre sola se presentó en 33 (24%) de los casos. La figura de la madre sola que debe enfrentar exigencias como jefa de hogar, pero cuyas soluciones se ven dificultadas por su propia desinserción en las redes de socialización (educación, culturales, de traba-

jo) la vuelve una figura vulnerable que puede caer fácilmente en la desesperanza y la poca tolerancia, favoreciendo el maltrato. El deterioro de la situación socioeconómica de la población y la desocupación llevan a la desesperanza, especialmente en el grupo de los que viven con necesidades básicas insatisfechas, siendo además este grupo el de más alto índice de natalidad⁽¹⁷⁻¹⁹⁾.

Las consecuencias del castigo corporal y del abuso sexual a largo plazo son preocupantes^(19,20). Si bien estas condicionantes podrían crear situaciones propicias para determinar MI, es necesario puntualizar que éste se puede presentar en cualquier grupo social.

Los métodos abusivos de disciplina de los niños son factores predictivos sólidos de la violencia adolescente y adulta^(21,22) y de la delincuencia masculina⁽²³⁻²⁷⁾. El castigo físico durante la niñez es un factor de riesgo de depresión, desesperación, abuso de alcohol, suicidio, violencia contra los compañeros, maltrato físico de sus propios hijos, asaltos físicos a las esposas y de menor probabilidad de graduación en las universidades^(22,23). Además, el castigo corporal no corrige el comportamiento antisocial⁽²³⁻²⁵⁾.

Fueron reintegrados a su domicilio 61,3% de los casos, si bien 30,6% de los niños tuvieron que ser separados de su hogar quedando a cargo de un familiar (10,9%) o ingresando en dependencias del INAME (19,7%). Este alto número de niños que pasan a institucionalizarse ayuda a aumentar la grave situación social de los niños que deben ser alejados de su núcleo familiar incapaz de acogerlos.

Muchos de estos testimonios se describen en forma por demás elocuente en el libro de la doctora Gentile Ramos *Los niños solos*⁽²⁸⁾.

El promedio de días de internación fue elevado (8,2 días) con un mínimo de un día y un máximo de 73 debido al tiempo que llevó la investigación por parte de todos los actores del equipo asistencial, lo cual muchas veces prolongó la estadía en espera de la resolución judicial determinando que el niño permaneciera internado con los inconvenientes que ello trae.

Se produjeron reingresos por maltrato en el período analizado en 7,3% de los casos. Ello podría interpretarse por una falla en los recursos utilizados al alta para proteger al niño (reinserción al hogar, hogar sustituto, etcétera), lo que es muy preocupante. Se estima que la mitad de los niños asistidos en medio hospitalario por maltrato físico podrían morir o sufrir lesiones graves con motivo de un nuevo ataque⁽¹¹⁾.

Abuso sexual

Al analizar las características de la población encontramos diferencias notorias con el grupo de niños víctimas de MI.

En esta serie existió un neto predominio del sexo femenino sobre el masculino (4:1) y el grupo etario predominante fue el de 6 a 12 años.

Las víctimas tenían en su mayoría buen estado nutricional, buen desarrollo y no tenían antecedentes patológicos (82%).

Los agresores fueron en su totalidad del sexo masculino y hubo predominio de abuso intrafamiliar (65%) sobre el extrafamiliar, lo que coincide con la bibliografía consultada.

El padre sustituto constituyó el principal agresor, seguido del padre biológico. Se produjo abuso extrafamiliar en 18% y no se identificó al agresor en 17% de los casos.

El núcleo familiar numeroso a veces fomenta el hacinamiento y la cohabitación entre los diferentes integrantes creando un escenario propicio a la transgresión. Sin embargo, el abuso sexual se debe a una falla en el orden social que surge cuando las normas de afecto, convivencia y respeto no son claras entre sus integrantes, independientemente de los factores anteriormente mencionados. En esta serie al igual que en la bibliografía consultada la mayoría de los casos de abuso fueron en el ámbito intrafamiliar⁽¹⁷⁻¹⁹⁾.

La edad del agresor fue entre 20 a 30 años (adultos jóvenes).

En cuanto al destino de los niños víctimas de AS, 24,1% fueron separados de su hogar, quedando 13,8% a cargo de un familiar o ingresando a dependencias del INAME (10,3%).

El rol protagónico en el AS de los familiares convivientes cercanos (padre, madre) exige la separación del niño de ese ámbito y algunas veces definitivamente con los graves inconvenientes que ello conlleva⁽²³⁻²⁵⁾.

El promedio de días de internación fue de 5,9 días con un mínimo de un día y un máximo de 23 días.

Conclusiones

Las formas predominantes de maltrato encontradas en esta serie fueron el maltrato físico en 61,2% y el abuso sexual en 38,8%.

Los niños menores de 5 años fueron las víctimas mayoritarias del maltrato físico por acción u omisión y los menores de 2 años el grupo más vulnerable y con mayor riesgo de mortalidad y secuelas.

Las lesiones de partes blandas fueron las más frecuentes, seguidas del traumatismo encefalocraneano, siendo este último de gran importancia dado que constituye la primera causa de muerte en el MI.

Los agresores fueron predominantemente adultos jóvenes, con una alta frecuencia de familias monoparentales, en particular madre sola como principal agresora del niño.

Las niñas son víctimas predominantes de AS. El mayor porcentaje fue a nivel intrafamiliar y los principales

agresores fueron el padre sustituto y el padre biológico.

Tanto en los casos de MI como en los de AS, existió un alto porcentaje de niños que debieron ser separados de sus hogares, en particular ingresando en INAME, con todas las repercusiones emocionales y psicológicas que esto conlleva.

Como reflexión final pensamos que la prevención debería ser la acción más importante para disminuir el MI y el AS, pero no la única. El pediatra formando parte de un equipo multidisciplinario debería tener una función importante ya que generalmente es el primero en tomar contacto con el niño y su familia, pudiendo identificar factores estresores o de riesgo y potenciar los factores protectores⁽²⁴⁾.

Summary

A descriptive and retrospective study to determine characteristics of children victims of violence and sexual abuse reported to the Centro Hospitalario Pereira Rossell (CHPR) during 1998-2001 is presented. Physical violence was seen in 61,2% and sexual abuse in 38,8% of the total cases. Physical violence as acts of omission or commission predominated in infants under 5 years old. Injuries most observed were those of soft body parts followed by cranioencephalic trauma. A frequent predominance of sole parent families was seen, especially sole mothers mainly maltreated their children.

Highest percentage of sexual abuse occurred in their own household, girls were the primary victims and aggressors were biological and foster fathers.

An important percentage of children must be separated from their household, leading to emotional and psychological repercussions.

Pediatric surgeons in multidisciplinary teams should be considered under preventive perspectives since they first received children and may detect risk and protective factors.

Résumé

On fait une description et une analyse rétrospective de la période 1998-2001 dans le but de connaître les caractéristiques des cas de maltraitance enfantine et d'abus sexuel arrivés au Centre Hospitalier Pereira Rossell. La maltraitance enfantine a été de 61,2% et l'abus sexuel 38,8% des cas. La maltraitance physique enfantine par action ou absence a prédominé chez les enfants de moins de 5 ans. Les lésions trouvées le plus souvent ont été des parties molles et le traumatisme encéphalocrânien.

On a constaté une haute fréquence de familles monoparentales, surtout de mère seule, principale maltraitante de l'enfant.

L'abus sexuel s'est produit au niveau intrafamilial, chez

des filles, et les principaux agresseurs ont été le père substitutif et biologique.

Un grand pourcentage d'enfants a dû être séparé de leurs foyers, avec toutes ses conséquences psychologiques et affectives.

On remarque la tache du pédiatre faisant partie d'une équipe pluridisciplinaire, qui devrait jouer un rôle important de prévention puisqu'il est le premier à avoir des rapports avec l'enfant et sa famille et qu'il peut identifier des facteurs de risque et les facteurs protecteurs.

Bibliografía

1. **Puga T.** Maltrato infantil. In: Meneghello J. *Pediatría*. 5ª ed. Buenos Aires: Médica Panamericana, 1997: 2369-78.
2. **Naciones Unidas.** Declaración de los Derechos del Niño: documento de la Asamblea General de las Naciones Unidas en resolución 1386 (XIV) del 20 de noviembre de 1959.
3. **Naciones Unidas.** Convención sobre los Derechos del Niño: documento de la Asamblea General de las Naciones Unidas en resolución 44/25 del 20 de noviembre de 1989.
4. **Gorlero R.** Biografía de Luis Morquio. *Bol Inst Interam Niño* 1967; 41(1): 107-9.
5. **Escardó Anaya V.** Bibliografía del Prof. Morquio. *Bol Inst Pediatr Puericul. Prof. Luis Morquio* 1938: 23.
6. **Caffey J.** Multiples fractures in long bones of infants suffering from chronic subdural hematoma. *Am J Roentgenol* 1946; 56: 163-73.
7. **Caffey J.** On the theory and practice of shaking infants. Its potential residual effects of permanent brain damage and mental retardation. *Am J Dis Child* 1972; 124(2): 161-4.
8. **Kempe CH, Silverman FN, Steele BF, Droegemueller W, Silver HK.** The battered-child syndrome. *JAMA* 1962; 181: 17-24.
9. **Casado J, Díaz JA, Martínez C, eds.** Niños Maltratados. Madrid: Díaz Santos, 1997.
10. **Gómez de Terreros I.** Maltrato y abandono. In: Cruz M, ed. *Tratado de Pediatría*. 8ª ed. Madrid: Ergon; 2001: 1957-70.
11. **Kempe RS, Kempe CH.** Niños maltratados. 3ª ed. Madrid: Morata, 1985.
12. **Gentile I.** Los niños castigados. *Puericultura y Pediatría Social*. Montevideo: Edilimed, 1988: 489-517.
13. **Borges JF, Mercant M, Lombardi E.** Aspectos medicolegales del niño maltratado. In: Facultad de Medicina. Departamento de Medicina legal. *Medicina Legal*. Montevideo: Oficina del Libro AEM, 1990: 118-24.
14. **Johnson CH.** Malos tratos y abandono. In: Behrman RE, Kliegman RM, Jenson HB. *Nelson tratado de pediatría*. 16ª ed. Madrid: Mc Graw-Hill-Interamericana, 2000: 119-27.
15. **Johnson CF.** Inflicted injury versus accidental injury. *Pediatr Clin North Am* 1990; 37(4): 791-814.
16. **Bello O, Sehabiague G, Saredo J.** El abuso y abandono de niños: guía educativa y preventiva. Montevideo: Maltzman, 1989.
17. **Loredo Abdalá A, Trejo Hernández J, Bustos Valenzuela V, Carvajal Rodríguez L, Reynés Manssur J, Rodríguez Herrera R, et al.** El fenómeno de maltrato a los niños: aspectos sociales y clínicos del síndrome. *Bol Med Hosp Infant Mex* 1998; 55(7): 410-6.
18. **Farrington DP, Jolliffe D, Loeber R, Stouthamer-Loeber M, Kalb LM.** The concentration of offenders in families, and family criminality in the prediction of boys' delinquency. *J Adolesc* 2001; 24(5): 579-96.
19. **MacLeod J, Nelson G.** Programs for the promotion of family wellness and the prevention of child maltreatment: a meta-analytic review. *Child Abuse Negl* 2000; 24(9): 1127-49.
20. **Oficina Internacional Católica de la Infancia Delegación Regional para América Latina.** Propuestas de Intervención BICE. Foro Abierto sobre Violencia Sexual Infantil, 3. Montevideo (Uruguay), 25-26 de octubre de 2000.
21. **Llanos M, Caprarulo C.** Maltrato Infantil: grupo de crianza con padres de niños maltratados. *Arch Argent Pediatr* 1995; 93(5): 343-6.
22. **Calam R, Horne L, Glasgow D, Cox A.** Psychological disturbance and child sexual abuse: a follow-up study. *Child Abuse Negl* 1998; 22(9): 901-13.
23. **Katzman R, Filgueira F.** Panorama de la Infancia y la Familia en Uruguay. Montevideo: IPES, 2001: 36-9.
24. **Farrington DP.** The effectiveness of school-based violence prevention programs. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2002; 156(8): 748-9.
25. **Farrington DP, Loeber R.** Epidemiology of juvenile violence. *Child Adolesc Psychiatr Clin North Am* 2000; 9(4): 733-48.
26. **Rivara FP, Farrington DP.** Prevention of violence. Role of the pediatrician. *Arch Pediatr Adolesc Med* 1995; 149(4): 421-9.
27. **Farrington DP.** Early predictors of adolescent aggression and adult violence. *Violence Vict* 1989; 4(2): 79-100.
28. **Gentile Ramos I.** Los niños solos. Montevideo: Edilimed, 1989.