

11226
29/

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 33
RESIDENCIA DE MEDICINA FAMILIAR



**IDENTIFICACION DE LOS FACTORES
PREDISPONENTES DEL SINDROME DEL NIÑO
MALTRATADO EN MUJERES EMBARAZADAS**

V. P. S.
Dr. F. Mercedes Cortez M. S. P.

MARTINEZ GUTIERREZ MA. DEL SOCORRO

ORTIZ GARCIA MERCEDES

**TESIS CON
FOLIO DE CONTROL**



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

I N D I C E

1. Presentación	6
2. Marco de Referencia	
2.1 Familia	8
2.2 Síndrome del Niño Maltratado	13
2.3 Agresividad Humana	29
2.4 Agresividad en la Familia	39
2.5 Aspectos Sociales del Niño Maltratado	44
2.6 Promoción de la Salud del Niño en México	46
2.7 Legislación Sobre Patria Potestad	51
3. Planteamiento del Problema	63
4. Hipótesis	65
5. Objetivos	66
6. Material y Métodos	67
7. Resultados	70
8. Conclusiones	107
9. Bibliografía	110

INDICE DE GRAFICAS

Factores Predisponentes:

Gráfica 1.	Edad Materna	75
Gráfica 2.	Nivel Económico	76
Gráfica 3.	Escolaridad Materna	77
Gráfica 4.	Estado Civil	78
Gráfica 5.	Apoyo Conyugal	79
Gráfica 6.	Interrelación Conyugal	80
Gráfica 7.	Alcoholismo	81
Gráfica 8.	Antecedente de Maltrato	82
Gráfica 9.	Antecedente de Afecto	83
Gráfica 10.	Ocupación Materna	84
Gráfica 11.	Problemas Laborales	85
Gráfica 12.	Problemática en el Domicilio	86
Gráfica 13.	Concepto del Hijo	87
Gráfica 14.	Expectativas de los Hijos	88

Comparación porcentual:

Gráfica 15.	Madres que Golpean por Llanto	97
Gráfica 16.	Madres Golpeadoras por que el Hijo se Orina	98
Gráfica 17.	Mal Carácter	99
Gráfica 18.	Rechazo al Hijo	100
Gráfica 19.	Embarazo Deseado	101
Gráfica 20.	Que Darían en Adopción	102
Gráfica 21.	Deseo de Conocer al Hijo	103
Gráfica 22.	Hijo Muy Inteligente	104
Gráfica 23.	Hijo Sano	105
Gráfica 24.	Hijo Muy Importante	106

INDICE DE CUADROS

Factores Predisponentes:

Cuadro 1.	Edad Materna	75
Cuadro 2.	Nivel Económico	76
Cuadro 3.	Escolaridad Materna	77
Cuadro 4.	Estado Civil	78
Cuadro 5.	Apoyo Conyugal	79
Cuadro 6.	Interrelación Conyugal	80
Cuadro 7.	Alcoholismo	81
Cuadro 8.	Antecedente de Maltrato	82
Cuadro 9.	Antecedente de Afecto	83
Cuadro 10.	Ocupación Materna	84
Cuadro 11.	Problemas Laborales	85
Cuadro 12.	Problemática en el Domicilio	86
Cuadro 13.	Concepto del Hijo	87
Cuadro 14.	Expectativas del Hijo	88

Cuadros Comparativos de Nivel Económico y Edad Materna con el Estado Civil y:

Cuadro 15.	La interrelación Conyugal	89
Cuadro 16.	Escolaridad Materna	90
Cuadro 17.	Apoyo Conyugal	91
Cuadro 18.	Nivel Económico Comparado con Alcoholismo paterno.	92
Cuadro 19.	Antecedentes de Maltrato	93
Cuadro 20.	Antecedentes de Afecto	94
Cuadro 21.	El Concepto Materno del Hijo	95
Cuadro 22.	Las expectativas de los Hijos	96

1. PRESENTACION

En México la Medicina Familiar ha recibido gran impulso por parte de instituciones como el IMSS, con el objeto de brindar atención integral y continua a la familia derechohabiente.

Los Residentes de Medicina Familiar hemos recibido una gran parte del apoyo otorgado por el IMSS, para elevar nuestro nivel de conocimientos y experiencias, que más tarde como Médicos Familiares redundarán en beneficio de la comunidad.

La Medicina Familiar tiene como principales metas relacionar los factores ambientales, socioeconómicos y biológicos que influyen en el nivel de salud, para realizar acciones no únicamente curativas, sino preventivas. Constituyendo así el contacto primario para la salud y una vía de entrada natural a los sistemas institucionales de salud.

El perfil del Médico Familiar es bastante amplio ya que se considera como una especialidad horizontal, a esta especialidad, en la que se debe resolver el 85-90% de la problemática de salud y canalizar a niveles superiores únicamente el 10% de la misma.

"El Médico Familiar es aquel profesional que cuenta con un cuerpo de conocimientos que le permiten realizar con eficiencia funciones técnico-médicas, funciones técnico-administrativas y funciones de enseñanza e investigación específicas, y que a través de su práctica diaria en el primer nivel de atención médica, contribuye al logro de los objetivos institucionales"

En respuesta a los estímulos recibidos por parte de nuestras autoridades y tendiendo a elevar nuestro nivel académico realizamos el presente estudio, intentando colaborar en el desa-

Desarrollo de la Medicina Familiar.

En este estudio identificamos los factores predisponentes - del Síndrome del Niño Maltratado en mujeres embarazadas, con el objeto de hacer más patente la problemática social a la que se enfrenta el Médico Familiar. Además tratamos de dar difusión a este síndrome para lograr su detección temprana y realizar acciones preventivas tendientes a proteger al núcleo familiar y al infante.

Hemos estimado oportuno desarrollar algunos temas sobre la familia, la agresividad, legislación sobre la patria potestad y el mismo Síndrome del Niño Maltratado, para dar a nuestros lectores una visión más orientadora, ya que el síndrome ha sido descrito recientemente, pero, la agresión a los infantes ha existido desde los inicios de la humanidad.

Esperamos que este estudio sea una poderosa fuente de motivación para que residentes y médicos familiares continúen con la investigación del mismo, y de este modo llegar a realizar un diagnóstico temprano, brindar un manejo adecuado y lo que consideramos como objetivo principal Prevenir el Síndrome del Niño Maltratado.

2.1 FAMILIA

La característica principal del ser humano es vivir en sociedad, desde el nacimiento hasta la muerte realizamos nuestras actividades dentro de un conglomerado; La Familia. Esta se considera como el núcleo primario para satisfacer las necesidades básicas del hombre. La familia ha demostrado ser el núcleo indispensable para el desarrollo de las sociedades.

Aunque la familia se haya iniciado como un fenómeno biológico, es decir, por grupos formados por cónyuges y vástagos, (Unidad reproductora de los primates), se ha constituido un fenómeno social.

Definición: Grupo de dos o más personas que viven juntas y relacionadas unas con otras por razones sanguíneas, de matrimonio o de adopción y que ejercen interacción recíproca porque saben que existen los demás y saben que existen ellos y se consideran unidad. (Censo Americano).

Las definiciones de familia varían de acuerdo a los factores socioculturales de cualquier país. El único aspecto común es el hecho de vivir juntos y de ser interdependientes en el aspecto económico y responsables del bienestar de cada uno de ellos según sus propias capacidades.

Clasificación: Las familias se pueden clasificar de acuerdo a los siguientes parámetros:

Por su desarrollo.

Por su demografía

Por su tipología

Por su integración

Por su composición.

Por su desarrollo se puede dividir en tres etapas: moderna,

tradicional o primitiva.

De acuerdo a su demografía se dividen en; rural y urbana. Además estas familias tienen subdivisiones dadas por el nivel socioeconómico.

Tomando en cuenta la ocupación de los padres las familias se clasifican en: campesina, obrera y profesional.

De acuerdo a su integración se clasifican en: integrada, semi-integrada y desintegrada.

De acuerdo al número de miembros la familia se puede clasificar en: nuclear, extensa y extensa compuesta.

Ciclo de vida de la familia: entendemos como ciclo vital a los cambios que experimenta el núcleo familiar en el transcurso del tiempo. Existen cinco fases del ciclo:

Fase de Matrimonio

Fase de Expansión

Fase de Dispersión

Fase de Independencia

Fase de Retiro y Muerte.

Fase de matrimonio: se denomina a la unión de dos individuos de diferente sexo, que formalizan sus relaciones bajo un contrato civil. El principal problema en esta fase es aprender a vivir juntos y atender las necesidades básicas de la personalidad del otro.

La fase de expansión: se inicia con el nacimiento del primer hijo. En ésta, el problema principal es que el patrón de relaciones debe ser ajustado a este nuevo miembro. Es en ésta fase donde podemos observar el problema del niño indeseado. Y también es donde se acentúan los problemas para madres que trabajan.

Fase de dispersión: en ésta los hijos obtienen su autonomía

e independencia y la familia debe readaptarse a estos cambios.

Fase de independencia: esta fase involucra a los padres, - que deben ser independientes nuevamente, aunque mantengan relaciones afectivas con los hijos.

Fase de retiro y muerte: es la culminación del ciclo vital de la familia, durante la cual se va a presentar el fallecimiento o incapacidad física en algunos de sus miembros.

Funciones de la Familia: los factores biológicos que dieron origen a la familia persisten hasta la actualidad, pero su influencia está limitada por las cualidades innatas que ejercen - ciertas categorías como el sexo o la edad sobre las funciones de los diferentes miembros.

Las funciones determinadas biológicamente son: reproducción y educación de los hijos, pero estas no se aceptan como parte - del patrón de la familia a menos que obtengan reconocimiento y - aprobación sociales.

En lo que respecta al cuidado y educación de los hijos la función ha quedado casi bajo la responsabilidad materna, pero es ta no puede educarlos en actitudes masculinas por lo que es necesario en este aspecto la participación paterna. Todas las socie dades dejan que instituciones extra-familiares como escuelas o - grupos de iniciación, se ocupen de ciertos aspectos de la educación del niño. Sin embargo se recurre a estas instituciones has ta que la personalidad ha quedado bien establecida, esto indica que la unidad familiar sigue siendo el mecanismo más efectivo pa ra el cumplimiento de estas funciones.

Otros autores consideran como funciones básicas afecto y so cialización, pero nosotros las tomaremos en cuenta como parte de la función de cuidado y educación de los hijos.

De las funciones impuestas socialmente a la familia las más importantes son las relacionadas con la producción económica. - En todas las sociedades la familia es la unidad organizada más pequeña, tanto para la producción como para el consumo y trata de bastarse así misma. Es por esta que el trabajo necesario para satisfacer sus necesidades se reparte entre todos sus miembros a fin de que todos participen en sus beneficios. Es de gran importancia educar a los hijos dentro de cierto estatus o nivel socioeconómico, perpetuando así las tradiciones y determinando las expectativas.

Cada sociedad señala, a sus unidades familiares funciones determinadas culturalmente, imponiendo a cada miembro un determinado tipo de función.

Función del padre: se considera que es la autoridad formal que debe proporcionar los satisfactores materiales. Se identifica como el órgano de choque en los conflictos extrafamiliares. Otra de sus funciones es gratificar sexual y afectivamente a su esposa. Proteger y educar a los hijos es una función de gran importancia.

Las funciones de la madre determinadas culturalmente son: - como autoridad real, otorgar satisfactores materiales; es el órgano de choque en los conflictos intrafamiliares. Gratifica sexual y afectivamente al esposo y educa a los hijos.

Los cambios de la sociedad actual ofrecen a la mujer nuevas expectativas, permitiendo así ampliar su campo de acción. En la sociedad contemporánea la mujer participa activamente en la producción lo que modifica su rol y por lo tanto la estructura familiar.

La función del hijo básicamente consiste en respetar los lí

mites de los campos intrafamiliares además de que actúa como receptor de apoyo, seguridad, afecto y educación. También tiene sus deberes y obligaciones pero carece de responsabilidades.

El niño se hace portador de una cultura para perpetuar las pautas que la experiencia social ha demostrado como eficaces y necesarias para la preservación de la sociedad aceptada.

Toda sociedad tiene como requisitos indispensables para considerar a la familia como unidad:

- 1.- Incluir adultos capacitados de ambos sexos.
- 2.- La asociación debe ser bastante estrecha y duradera, para permitir que se convierta en una unidad cooperativa afectiva.

2.2 SINDROME DEL NIÑO MALTRATADO

El problema del maltrato a los niños es tan antiguo como la humanidad misma, sin embargo no es aventurado asegurar que su aumento en volumen y frecuencia que observamos hoy, amerita fijar nuestra atención en el mismo.

El maltrato a los niños ha recibido en la última década una atención creciente por parte del cuerpo médico. Ya que ha alcanzado en algunas comunidades proporciones epidémicas y algunas estadísticas apoyan la creencia de que en ciertos países, como los Estados Unidos, el descuido y el abuso de los niños puede ser la primera causa de mortalidad en la población infantil.

En 1962, Henry Kempe acuñó el término de "Síndrome del Niño Golpeado", como: el uso de la fuerza física en forma intencional no accidental o actos dirigidos a herir, lesionar o destruir a un niño, por parte de un padre u otra persona responsable del cuidado del menor.

PANORAMA MUNDIAL

El síndrome del niño maltratado es un problema universal - presente en todos los niveles socioeconómicos, éste se encuentra en todas las épocas de la humanidad. En el Génesis se ha identificado como una justificación para agrandar a Dios; en la antigua Grecia se practicaba el infanticidio para eliminar a los pequeños con defectos físicos; en Esparta se arrojaba desde el Monte Sagrado a viejos, niños y deformes. En la Biblia se menciona el infanticidio ordenado por Herodes. En ciertas religiones se sacrificaba a los niños ante los altares de Diana; para eliminar - al diablo a los pequeños epilépticos se les arrojaba contra los

árboles (Séneca), menciona la importancia "de la explotación de indefensas criaturas para la supervivencia de los padres por medio de la extracción de un ojo, para convertirlos en limosneros profesionales".

En Nueva Guinea sometían a los niños a castigos como la amputación de un dedo o de la oreja. Otro castigo es encerrarlos en un calabozo, privarlos de alimentos, amarrándoles las manos, a los tres días se sacan del calabozo, y ante el público se les unta excremento en la cara y la gente les escupe.

La literatura refiere el caso de Mary Ellen ocurrido en 1874, en Nueva York, caso que se presentó a la corte avalado por la "Sociedad Protectora de Animales", por considerar válidos los argumentos y castigar a los agresores.

Estados Unidos reporta cien mil casos de niños agredidos, el 8% de los cuales fallecieron, quedando 14% lisiados de por vida.

En Inglaterra se reportan 12,800 muertes de niños por año (1976) a causa de la agresiones paternas.

En la URSS se intenta legislar que todo niño con defecto físico sea aislado de sus padres y recluido en una isla.

En la India existe el índice de mortalidad más elevado por tétanos en el recién nacido. Encontrándonos con que existe una tradición antigua en la que a miles de recién nacidos se les unta excremento de vaca en el cordón umbilical con la finalidad de bendecirlos.

En los países orientales no existe abuso físico a los menores, sin embargo existe abuso emocional extremo; los sistemas pedagógicos son los más rígidos del mundo. Donde el fracaso escolar se traduce en el fracaso del ser humano y en un ser inse

vible.

Se demostró que niños entre ocho y doce años de edad, presentan una alta incidencia de úlcera gastro-duodenal, asma, lesiones cerebrales por stress escolar. Japón tiene el primer lugar de suicidios en niños entre diez y catorce años de edad.

PANORAMA EN MEXICO

En el Códice Mendocino es posible reconocer algunas pautas de conducta ancestral en la educación o castigos actuales de ciertos grupos culturales en nuestro país; así tenemos el caso de los grupos Mazahuas en los que al niño desobediente se le inclina la cabeza sobre el humo de chiles tostados, se le obliga hincarse sobre corcholatas con los brazos en cruz, abandonándolo después en un sótano húmedo por la noche. Se les cuelga de los cabellos de las sienes mientras se golpean con varas, o se les hinca sobre grava, mientras sostiene una piedra sobre su cabeza.

En nuestro país no contamos con un estudio serio al respecto, ni de informes adecuados de los aspectos médicos del síndrome. La literatura medica es escasa, pero contamos con casos abundantes de notas periodísticas. En los archivos clínicos de los hospitales no está clasificado el diagnóstico, sin embargo en algunos hospitales del IMSS, se han reconocido en los últimos diez años más de 80 casos de este síndrome; existen motivos para pensar que lo anterior no es sino un pálido reflejo de la verdadera frecuencia con que el fenómeno se presenta en nuestra población.

Lo anterior es sólo en cuanto al mal trato corporal, pero debemos pensar también en los niños afectados para siempre en su desarrollo psicoafectivo, en los rechazados, en los privados de cuidados maternos, y tener presente que no necesariamente existe

paralelismo entre las lesiones y su significado para el futuro del niño.

ESPECTRO DEL ABUSO Y DESCUIDO EN LOS NIÑOS

Abuso físico. Es el trauma no accidental causado por la persona que está a cargo del niño. El maltrato puede incluir quemaduras, golpes a partes blandas y a la cabeza, fracturas, etc. La severidad del castigo varía desde golpes menores hasta hematomas sub-durales. Dado que el castigo físico es aceptado en nuestra sociedad, el médico deberá desarrollar métodos para conocer cuando es indebido, severo o excesivo y representa un abuso físico.

Descuido Nutricional. La falta de aporte calórico es la causa principal de desnutrición en la infancia, no darle agua al niño es otra forma de abuso. Muchos casos de detención en el crecimiento desarrollo son causados por rechazo materno.

Abuso Sexual. La explotación sexual es quizá la causa de abuso en la niñez que menos se diagnostica, la mayoría de las víctimas son niñas. La vulvitis, vaginitis o enfermedad venérea debe hacernos sospechar un abuso sexual.

Abuso Emocional. Este presenta la forma de abandono a los niños en lugares públicos, o se les deja encerrados en su casa mientras los padres andan fuera. Una forma más crónica es cuando al niño se le aterroriza y se le rechaza reiteradamente. Este tipo de maltrato es difícil de probar por lo que los niños se liberan cuando son golpeados o abandonados llamando la atención para su protección.

Descuido de las instrucciones médicas. El descuido en el manejo médico de un niño enfermo crónico, puede conducir rápidamente a su deterioro. Por lo que es conveniente que las institu

ciones envíen a sus trabajadores sociales al hogar del niño para asegurarse que el tratamiento es apropiado.

EPIDEMIOLOGIA

Su frecuencia es desconocida, afecta a niños menores de tres años en la etapa de su vida de mayor importancia, para que se presente el abuso físico debe reunir ciertas características: como, bajo peso al nacer. Esto es debido probablemente a que el niño de bajo peso permanece hospitalizado mas tiempo y se presenta entonces una separación temprana que puede durar hasta varios meses. Aunque el síndrome del niño maltratado puede presentarse en familias con instrucción universitaria, es mas frecuente en familias numerosas y de baja condición socioeconómica. Además el niño maltratado tiene en muchas ocasiones daños neurológico previo, lo que hace que los padres se irriten mas fácilmente con él, ya que es un niño que funciona mas lentamente en su medio familiar. Estudios realizados en Inglaterra han probado que en sus casos de maltrato el cociente intelectual de los padres es inferior al de una población control.

La madre abusa de los niños mas que el padre pues está en casa mas tiempo con ellos.

Se estima que la edades de las víctimas son: según la frecuencia de presentación, del riesgo; un tercio del total pertenecen al grupo de menores de seis meses de edad, otro tercio comprende a los niños de seis meses a tres años y finalmente el último tercio incluye a los de tres años y mas edad.

ETIOLOGIA

Para que se presente el abuso físico se requiere no sola -

mente un padre apropiado, sino también que haya un niño apropiado y en el día adecuado; el niño adecuado tiene ciertas características que lo hacen demandante y el día correcto es en general un día de crisis. Más del 90% de los padres ni son psicóticos ni sociópatas, simplemente han agredido a sus hijos después de haber sido provocados por un comportamiento inadecuado de un niño que no pudieron controlar.

Muchos de esos padres fueron golpeados cuando niños. En muchos casos un bebé golpeado es un hijo no deseado.

Hechos contribuyentes y precipitantes: se relaciona en general a las condiciones de vida insatisfactorias; como matrimonio inestable o destruido, falta de apoyo familiar, aislamiento social, mala salud, crisis económica, o bien enfermedad o muerte reciente de una persona importante para el agresor.

Perfil del agresor: En la mayor parte se trata de adultos jóvenes que cumplen funciones maternas. Sin alteración psiquiátrica previamente diagnosticada, aunque la conducta de alguno de ellos haya llamado la atención por su inmadurez e inestabilidad, por su explosividad o impulsividad. En muchos otros no se recoge descripción sugerente y más bien se les describe como de "buen carácter". A menudo tiene como antecedente un ambiente familiar agresivo, con grandes carencias o deficiencias afectivas, en el cual recibieron severos castigos corporales, vivieron intimidados e inseguros, con una imagen muy devaluada de sí mismos, convencidos que sus esfuerzos por complacer a los demás en particular a sus padres eran siempre equivocados, inadecuados o inoportunos, por lo tanto contraproducente. A partir de la adolescencia tardía eran personas que mostraban una clara

tendencia a establecer elaciones y más tarde a casarse con otra de característica parecidas en lo relativo a inseguridad y baja autoestimación, lo que refuerza su desilusión, o bien escogen - personas violentas, demandantes, explotadoras, a las que nunca logran complacer.

Perfil del niño agredido: el niño más predispuesto a la - agresión es el menor de tres años, de bajo peso y con retraso - psicomotor o algún defecto congénito, enfermedad crónica o recu - rrente que lo hace menos apto para responder a los estímulos - y cuidados maternos, algunos niños muestran conducta irritable - e inquieta; así como también muestran poca tolerancia a la con - trariedad y a la frustración, o bien conducta rebelde e impuls - va, razón por la que algunos autores especulan a la contribuci - ón de sí mismo a su agresión. Aunque la conducta descrita po - dría considerarse provocadora, es dudoso que ocurra tal cosa en un número significativo de casos. Más bien lo que sucede es - que el padre deposita expectativas poco realistas sobre el hijo y este reacciona a esta presión con una conducta que refuerza la desilusión, la hostilidad y el rechazo crecientes hacia el niño en un círculo vicioso que desemboca en la violencia destructiva. Un heco de gran valor diagnóstico es la existencia, en un alto porcentaje de casos de antecedentes de separación temprana madre e hijo.

Factores Psicodinámicos: la inexperiencia e inseguridad de muchas madres y la débiles reacciones de algunos niños a sus cu - dados y esfuerzos son para mucho autores, factores de importan - cia cuando se acompañan de uno o más de los antecedentes o cir - cunstancias previamente señaladas. La gran frecuencia de esos hechos dentro de la población general sugiere que hace falta al -

go más para explicar el fenómeno de maltrato grave al niño.

El disparador de una violenta expresión de ira es una conducta al parecer trivial, que el agresor interpreta como acto de un ser malicioso dispuesto a ridiculizar y exhibir sus deficiencias lo cual resulta doloroso e intolerable, si el niño se esperaba lo contrario, esto es, cuando padres inseguros de ser merecedores del amor de los demás buscan en el hijo el reconocimiento y afecto que otros, en especial sus padres, les negaron. Esta situación constituye lo que se ha calificado de "inversión de papeles". El mecanismo de agresión se puede atribuir a veces a una intensa identificación del niño, con el cónyuge o la pareja odiada el hijo también puede ser objeto de profunda hostilidad cuando se le considera obstáculo de la libertad o la realización de metas o actividades deseadas.

La agresión dirigida a uno de los hijos nada más mientras que a otros se les prodigan cuidados, aunado esto al hecho de que la agresión ocurre solo durante una determinada etapa del desarrollo y no después, ha hecho que algunos autores supongan la existencia de una "Psicosis de transferencia" transitoria que hace del niño objeto de una percepción deformada por parte del agresor, posiblemente relacionada con experiencias traumáticas previas de agresión y rechazo ocurridas durante la misma etapa de su propio desarrollo. La verdad es que se sabe poco del por qué algunos padres ceden ante impulsos y son capaces de terribles violencias. Lo más probable es que se refiera a la combinación de factores y afecte a personas "comunes y corrientes" - de todos los niveles de inteligencia y cultura y pertenecientes a todas las clases socioeconómicas. Conviene aclarar que en nuestro medio se diagnostica únicamente en instituciones públicas de

salud(IMSS, SSA, DIF y DDF), lo que sugiere que la atención médica pagada, puede ser obstáculo para distinguir entre un niño traumatizado accidentalmente y uno golpeado por los adultos encargados del cuidado. Por lo tanto los menores de clases privilegiadas se encuentran en desventaja en comparación con las más pobres.

DIAGNOSTICO

Es fundamental para establecer la sospecha de que el niño ha sido maltratado, que el personal médico y paramédico de los servicios de urgencias estén atentos ante la conducta y actitudes del paciente y de sus familiares; lo que hacen y lo que no hacen, deben registrar las reacciones del niño en la presencia y ausencia de sus padres, el comportamiento del familiar ante el médico, sus intereses por conocer el pronóstico de las lesiones y planes de tratamiento para juzgar si esa conducta se acerca o no a las esperadas. La experiencia ha demostrado que solo después de haber establecido ese juicio el médico puede revisar con espíritu más crítico la congruencia entre las versiones sobre la naturaleza y circunstancia del accidente y las características, gravedad y extensión de las lesiones que el niño presenta analizar contradicciones u ocultamientos en las versiones del informante o entre las dadas por varios familiares, buscar antecedentes traumáticos o huellas de los mismos e informes en otras instituciones. En suma, realizar una investigación sistemática tanto médica como psicosocial con el fin de reunir elementos para la justificación de la tutela de la institución e impida el retorno del niño a su hogar.

Sospecha clínica de que un niño ha sido golpeado:

1.- La explicación que ofrecen los padres no es concordante con la historia clínica.

2.- Los padres se reusan dar detalle de como ocurrieron los golpes que trajeron al niño al hospital.

3.- Algunos padres sojo dan una idea vaga de como pudo haber ocurrido la lesión.

4.- A veces hay discrepancia entre la explicación de uno y otro padre.

5.- A menudo hay retraso en la búsqueda de atención médica.

6.- La historia dietética de esos niños no es de confiar ya que los padres informan que come igual o más que otros niños.

7.- El examen físico usualmente revela cicatrices y moretones. Se pueden encontrar huella de los dedos del adulto impresas en la piel del niño. En fin se puede encontrar toda la gama de huellas y lesiones en el bebé golpeado.

8.- El examen radiológico de huesos largos, cráneo, costillas y pelvis revelará no sólo la evidencia de maltrato actual sino lesiones pasadas.

9.- Puede haber abandono en la institución donde es atendido, además de proporcionar domicilios falsos.

10.- Clínicamente podemos observar desnutrición en grado variable, retraso psicomotor, hostilidad, irritabilidad o indiferencia al medio total (autismo).

Para dar a conocer el problema y difundir los criterios para su identificación falta mucho por hacerse tanto para evitar que se confunda al niño maltratado con el niño accidentado como para lograr su protección y rehabilitación. Por ello y por la dificultad a la identificación del agresor no se conoce la verdadera frecuencia de este fenómeno pero no hay razón para creer

que en nuestro país sea menor la frecuencia que la de otros.

El castigo físico, como medio de control de los hijos sigue siendo patrón disciplinario y correctivo en nuestra cultura por lo cual puede caer con facilidad en el exceso.

TRATAMIENTO

Henry Kempe recomienda los pasos siguientes:

1.- Hospitalizar al niño. La razón que se dá a los padres es que las lesiones del niño "deben observarse". No se debe dar la impresión a los padres de que el médico trata de incriminar - los legalmente (en esta etapa).

2.- Tratar las lesiones y la desnutrición.

3.- Mantener una actitud generosa con los padres y disposición a ayudarlos. Este es quizá el paso más difícil. Es natural el disgusto contra el padre agresor, pero expresarlo es dañino para establecer relaciones de cooperación con ellos.

Deberán evitarse confrontaciones, acusaciones e interrogatorios repetidos.

4.- Para comunicar a los padres el diagnóstico y la necesidad de informar a las autoridades. Los padres deben escuchar el diagnóstico antes de ser informado a las mismas. El médico puede decir: "estoy obligado a informar a las autoridades de cualquier lesión en su niño que no sea fácilmente explicable", puede agregarse que una agencia protectora de niños se encargará de él y que el asunto no se dará a conocer al público. Se le dirá que la meta común es encontrar una solución adecuada en el manejo de sus hijos.

5.- Informe de una agencia protectora (casa hogar, DIF o casa cuna).

6.- Hacer un informe por escrito dentro de las primeras 48 horas.

7.- Obtener la ayuda del servicio de trabajo social. En las primeras 72 horas la trabajadora social debe evaluar que tan segura es la casa del niño. Que alterados se ven los padres. Que tan probable es que acepten la terapia, como son las relaciones maritales y cual es la problemática familiar. En ocasiones la trabajadora social necesitará ayuda de un psiquiatra.

8.- Reunirse con un equipo de trabajo experto en estos problemas, en sesiones especiales se discutirá el manejo a corto y largo plazo del paciente.

9.- Dar de alta al paciente cuando lo autorice la agencia encargada de la protección final del niño. Dicha agencia decidirá si se va a su casa bajo vigilancia o se queda en una casa hogar o cuna.

10.- Siga a su paciente el niño golpeado necesita mayor seguimiento que el niño promedio. Hay que verlo semanalmente por algún tiempo.

11.- Testifique ante las autoridades si es necesario.

Es necesario reconocer que en muchos casos las intervenciones médicas ocurren cuando el daño es ya irreparable, tanto psicológico como físico, y que sufren tanto el niño agredido como su agresor en la esencia de sus lazos afectivos, ya deficientes? Muchas de las lesiones físicas dejan secuelas, sobre todo cuando afectan al sistema nervioso central. Hay que tener en cuenta - que las agresiones tienden a repetirse y que su gravedad va en aumento, así como también que el niño puede estar rodeado de condiciones destructivas que amenazan su seguridad y bienestar tanto o más que la agresión física. Por esto el médico debe apren-

der a percibir el peligro entre otros datos.

La separación de un niño en peligro, de su medio familiar es inaplazable y causa una gran conmoción emocional, sin embargo debe considerarse en lo relativo a la posibilidad de una futura reintegración familiar, que dependerá más de la calidad del vínculo afectivo entre agresor y agredido previamente existentes, que de la naturaleza de los hechos circunstanciales contribuyentes y desencadenantes de la agresión y de la posibilidad de modificar los favorablemente.

Cuando la investigación psico-familiar indica que entre el niño y el probable agresor, en especial si este último es la madre nunca se estableció un vínculo afectivo, o bien que se rompió, es evidente que ese niño podrá retornar al hogar y que habrá que recurrir a instituciones de protección a la niñez pues es muy grande el riesgo de una nueva y más grave agresión. Cuando existe un vínculo afectivo claro aunque se encuentre debilitado por factores circunstanciales que interfieren con la sana interacción entre el niño y ambiente, entonces se tratará de preservar la integridad familiar, apoyando a la familia con medidas tales como auxilio de un familiar capaz de modelar los cuidados maternos, visitas a domicilio por personal especializado que actúe como "conciencia moral", favorecimiento del contacto físico madre e hijo, actividades satisfactorias para ambos, corrección de problemas médicos en el niño o en la madre, orientación sobre la conducta del niño dentro de las diferentes etapas del desarrollo y otras similares que aumentan la confianza y los recursos del agresor para responder a las necesidades del niño y también su capacidad de control ante el cansancio y frustración producido durante la crianza de los hijos.

Las medidas señaladas constituyen el aspecto básico del proceso de rehabilitación familiar, pero no son suficientes y deberán apoyarse en esfuerzos psicoterapéuticos. En términos generales se puede afirmar que el elemento crucial en el proceso terapéutico lo constituye por una parte el equipo de salud mental, - que debe superar el rechazo que provoca el agresor de un niño in defensa, para lo cual ayuda mucho saber que la mayor parte de - ellos son seres dañados por experiencia de rechazo y agresión du rante su infancia; por la otra que el agresor y su pareja vencen su resistencia a recibir ayuda y aceptar que cuando menos en al - gún grado son culpables. Además muchos padres encuentran difícil el establecimiento de relaciones de confianza con personas de la institución que esclareció los hechos y separó al niño de la familia. Este problema se supera cuando los padres confirman que los integrantes del equipo no buscan exhibir sus deficiencias y errores, sino comprender sus causas y ayudar a modificarlos y - crear condiciones que permitan el retorno del hijo al hogar.

Un segundo aspecto se puede lograr conviniendo la terapéutica de enfoque individual y conyugal con la de grupo en aquella que reúne personas con problemas similares, escuchando las experiencias de otros padres, se inicia la aceptación y se impulsa - al cambio. Siempre enfocando a los dos padres ya que aunque uno se identifique como agresor el otro desempeña una función pasiva en la agresión, al no hacer nada por impedirlo.

Es conveniente mencionar la función de los fármacos psicotrópicos. Los medicamentos tranquilizantes, en especial las benzodiazepina pueden ser peligrosas, pues al igual que el alcohol - actúan como depresores de los mecanismos de inhibición o freno - de los impulsos agresivos. En cambio los fármacos antidepresi -

vos pueden tener un campo amplio de aplicación y coadyubar a mejorar la capacidad vital indirectamente la autoestimación de es tos padres, y así contribuir a modificar el sentido positivo de interacción familiar.

Finalmente debe reconocerse que son muy limitados los conocimientos sobre los resultados del tratamiento sicoterápico de niños maltratados o al menos sobre su situación en etapas avanzadas del desarrollo emocional. Tratando se niños en etapa preescolar se espera que la separación del hogar agresivo y la incorporación temporal o definitiva en uno en el cual se encuentre con afecto y estímulo, sea suficiente para reparar el daño psicológico experimentado como resultado del rechazo y la agresión.

PRONOSTICO

Si el niño golpeado regresa a su hogar sin ninguna intervención médica, el 5% morirá, el 35% volverá a ser golpeado. Más aún las familiar no tratadas tienden a producir niños que crecen siendo delincuentes juveniles y hasta asesinos y más tarde serán padres golpeadores. El niño con descuido nutricional sufre además en la mayoría de los casos de privación emocional y tendrá más tarde problemas emocionales.

PREVENCION

Las acciones para evitar el problema deben orientarse hacia los padres expuestos a convertirse en personas que maltratan a sus hijos a los cuales es posible identificar por sus antecedentes, las circunstancias existenciales y sobre todo por la conducta manifestada durante la época del embarazo y la etapa perinatal. Debe insistirse en esta última; pues solo durante ésta se

presentan condiciones propicias para investigar a las madres y realizar acciones preventivas. Con respecto a la identificación, son indicadores confiables las respuestas a preguntas sobre el aspecto y la conducta de las madres en la sala de parto y en la sala de maternidad como "¿se le ve triste enojada o inquieta?" "¿se le escuchan comentarios y exclamaciones negativas acerca de su bebé?". "¿tiene actitudes de indiferencia o de rechazo como negarse a verlo o a tenerlo a su lado?". Más adelante se observan otras actitudes, como no pensar en un nombre para el niño, dirigirle calificativos negativos, negarse a amamantarlo, o manejarlo con rudeza o brusquedad. Durante las visitas posnatales tiene alto valor pronóstico observar hechos parecidos a los arriba anotados, o constatar signos de cuidado negligente en la alimentación, o higiene o expresiones de enojo ante manifestaciones de un recién nacido normal. Si a las observaciones anotadas se agrega algún otro factor negativo como, falta de contacto temprano, falta de apoyo o ayuda a la madre en el hogar, conflictos conyugales, estrechez económica, enfermedad o muerte de alguna persona importante para la madre, el riesgo de maltrato aumenta grandemente.

2. 3.- AGRESIVIDAD HUMANA

La agresividad se define como un sustantivo femenino que connota acción y afecto de agredir y como un acto contrario al derecho del otro. Es la intención de causar daño físico o psicológico. Por lo tanto la fuerza física declarada, el abuso verbal y el sarcasmo son formas de conducta agresiva.

La agresión es parte de la historia de la humanidad, la podemos calificar como primitiva, cruda, bestial, sutil o refinada pero no deja de producir sus efectos mortificantes, físicos o emocionales en quienes la sufren, ni dejar de percibir ganancia secundarias y efímeras quienes la practican.

Nuestra sociedad es cruel y agresiva, para entender este juicio es necesario tomar en cuenta la edad histórica y los hechos sociales actuales además de conocer el contexto y los consensos culturales y éticos del momento. La agresión puede ser disfrazada dándole vistos científicos, ritos, razones sociales e incluso pretextos religiosos: la agresión ha procurado justificarse dando diferentes explicaciones pero ninguna de estas es nueva pues el hombre sigue siendo el mismo por más que haya evolucionado en algunos conceptos.

Freud considera a la agresividad como una fuerza instintiva con tendencias biofilicas cuando se orienta hacia el instinto sexual y con tendencias necrofilicas cuando se derivan de impulsos destructivos, estos instintos se alternan entre sí originando todos los principios de vida y de no exteriorizarse la agresividad puede destruir al mismo individuo; cuando esta energía se adecúa durante el desarrollo emocional al encuentro del amor y se utiliza en formas diversas, el instinto tanático o de muerte se hace

variado y específico.

Dollard entendía la agresividad como dotación genética y de energía en búsqueda de canalización. Para él la agresión es la respuesta a la frustración.

En base a esta definición, lo que se observa en la vida cotidiana es la agresión como parte de la conducta instintiva, que puede y debe ser modelada por la familia, así acciones constructivas, pero en algunos casos se dirige hacia conductas destructivas. Es por esto que la familia o el medio ambiente constituyen la base de la salud o enfermedad emocional.

En el adulto la agresividad se puede definir como la predisposición para el ataque, esta se observa en toda persona de hostilidad activa y puede sufrir variaciones de potencial relacionadas con las oscilaciones de la vida afectiva. Esta actitud se manifiesta de forma abierta o cerrada y constituye la mayoría de las situaciones del diario vivir de los seres humanos, además manifiesta situaciones de enfrentamiento personal y forma parte del funcionamiento en grupo.

Se piensa que la agresividad es transmitida por la herencia y por lo tanto presenta un cierto grado de penetración y dependencia del gen que las transmite. Que la transmisión se ha logrado por uno o varios genes se encuentra aún en discusión, así mismo se sabe que la realización de todo el potencial genético heredado, dependerá de las oportunidades que el medio ambiente brinde al sujeto para su desarrollo.

De lo anterior se desprende que la conducta, como toda expresión del organismo humano es resultado de la carga en continua interacción con el medio ambiente.

La agresión de los adultos contra los menores puede ser abierta y meditada, y es más cruel con los hijos propios, es difícil aceptar a cuanto llega la maldad humana, y entender por que ciertos adultos vejan y maltratan a los hijos con particular sadismo.

Algunos padres de familia, llamados así por haber procreado, y gran cantidad de adultos en general, continúan pensando que sus hijos son de su propiedad y tienen todo el derecho sobre ellos. Olvidan que esto se ha abolido en la actualidad, menosprecian las luchas y esfuerzos que se han realizado para evitar estos atropellos, esto crea un grupo social enfermo en que la violencia se encamina hacia los indefensos y es ignorada por los demás.

AGRESIVIDAD EN EL NIÑO

Es importante que los infantes con alto grado de agresividad, siendo difícil identificar las muestras de esta en los niños, por lo que casi siempre se les asigna un rol angelical y muy lejos están de imaginarse el alto grado de agresividad abierta y aún cerrada, que presentan, la cual generalmente está dirigida hacia los adultos. Ejemplo de la primera son: berrinches, anorexias, enuresis, encopresis y rebelión contra los valores familiares, culturales y sociales. En los niños escolares la agresividad se manifiesta como crueldad hacia los animales, destrucción de bienes materiales a los que se les da un valor, rebeldía, fugas del hogar y mentira obsesiva.

La agresión cerrada es más difícil de descubrir y se traduce en padecimientos psicósomáticos como son: gula, eczema, as

ma, neurodermatitis, desperdicio de alimentos, mareos, vértigos y parestesias.

El sistema de agresión, entre niños y adultos está en función del rol de la autoridad. El sistema de agresión genera en el niño un sentimiento de culpa que causa tensión y ansiedad.

Para el desarrollo adecuado de los niños, tanto física como emocionalmente es necesario un marco de referencia, que deberá establecer los límites de la agresividad "normal", el afecto y la autoridad necesarias para lograr un desarrollo ideal y realizar su vida.

La autoridad debe estar conciente de la importancia del marco de referencia ya que de esto depende el desarrollo de mayor o menor agresividad hacia el medio, principalmente contra quien ejerce la autoridad. El que los niños y jóvenes manifiesten agresión hacia el sistema impuesto, puede ser considerado como normal, pues es indispensable que en su proceso de maduración se rebelen contra la autoridad. La agresión que resulta se considera como expresión de vida sana.

En el niño la agresividad se limita al grupo familiar, y en el adolescente se proyecta a la comunidad. De la forma como enfoca su agresividad se podrá catalogar de instinto positivo o negativo. Es necesario tener en cuenta el porque y contra quien se vuelca la agresividad para catalogar el instinto.

AGRESION EN NUESTRO MEDIO

La agresividad en general se considera en distintos niveles o grados:

a) Disposición innata, biológica para defender la integridad humana ante amenazas del medio ambiente.

b) la gresión adquirida que forma parte del carácter, como expresión de defensa ante ataques del medio ambiente. Expresa secundariamente la agresividad del primer tipo, que no fué expresada en la infancia o en la juventud.

c) La actitud también adquirida de agredir por placer sin motivo alguno, de amenaza a la personalidad, sino para satisfacer una necesidad sádica, siendo las formas más graves, el genocidio y el homicidio. Estas se expresan en casos de verdadera enfermedad o distorsión del desarrollo humano.

En el Hospital Infantil de México en un estudio efectuado en 1958, se observó que la causa más importante del comportamiento infantil perturbado, en orden de frecuencia era; la rebeldía ante los padres y la agresividad era la cuarta causa. La rebeldía era la expresión reactiva de los niños ante el autoritarismo o el abuso de los adultos, así como a la falta del padre.

Desde 1940, Bustamante y Aldama indicaron que México ocupaba el primer lugar mundial en mortalidad por homicidio.

Quiroz Cuarón comentó: "México es las estadísticas sanitarias tuvo una de las cifras más elevadas de mortalidad infantil" Bustamante y Bravo demostraron que en los años de 1931 a 1954 - hubo un total de 257 097 casos de homicidio en el país; que el homicidio afectaba a toda la República con mayor intensidad -- hacia la costa y menor en las penínsulas, encontraron también -- mayor frecuencia en el medio rural que en el urbano y que incluía a hombres entre 15 y 58 años de edad, siendo más la frecuencia entre los 35 y 44 años de edad.

De 1946 a 1956 se observó un descenso del fenómeno con variación cíclica y mayor frecuencia en diciembre y enero, y des-

censos de mayo a julio.

Otra manifestación de agresión, es la conducta auto-destructiva en los niños, siendo en nuestro medio de mayor frecuencia de los 15 a los 19 años de edad, y en mujeres. Las más importantes causas de suicidio eran las relacionadas con problemas emocionales.

La OMS al incorporar las muertes violentas en el rubro: -- Accidentes, envenenamientos y violencias, (tales como el homicidio y el suicidio), ha facilitado la forma de estudiar la violencia objetivamente, permitiendo realizar estudios, basados en los certificados de defunción.

Cabe notar que una proporción importante de muertes se origina por uno de los problemas de Salud Pública, más importantes en América Latina: el alcoholismo.

Recientemente la situación de muertes y violencias en la República Mexicana se observa una disminución de la mortalidad general y de las muertes violentas. Al analizar las muertes violentas de acuerdo con los grupos de edad se aprecia que los más afectados son los de 1-4 años de edad, disminuyendo en los de 4 a 14 años, les sigue un aumento entre los 15 y los 45.

Las muertes violentas tienden a presentarse en mayor proporción en el grupo de hombres. En cuanto a la magnitud en el homicidio es mayor que el suicidio.

En conclusión el ser humano está dotado de una potencialidad para agredir cuando se ve amenazada su integridad. Esta capacidad inherente a su naturaleza biológica, que le ha permitido sobrevivir a las agresiones del medio ambiente y tener eminencia sobre otros animales, cuando ésta agresividad se ha puesto al

servicio de su inteligencia .

Por mecanismos diversos esta capacidad para agredir y preservar su propia existencia reviste en ocasiones la forma de - violencia destructiva de otro ser humano, o de si mismo. Este - tipo de violencia ha acompañado al individuo desde el principio de su historia, no parece ser una característica innata en él, sino mas bien consecuencia de las agresiones exageradas y repetidas de sistemas sociales, normas culturales imperfectas que se transmiten a los niños de cada generación como un germen de violencia.

Si se continuan generando frustraciones en niños y adultos debemos esperar su respuesta agresiva y rebelde como consecuencia de nuestra irracionalidad, y no tendremos razón de etiquetarlos como "problemas" y menos aún si buscamos la complicidad de psiquiatras para "adaptarlos" a nuestra sociedad.

Las vidas infantiles no son preservadas ni de las guerras ni de la violenta vida cotidiana de las urbes, ni de los propios hogares. Como consecuencia de la violencia existente en esta -época, existe el temor a ser atacados. De este modo podemos observar que la violencia terrorista, la de violación, secuestro y robo se empieza a difundir. Además un tipo de violencia imprevisible y aparentemente inmotivada aparece cuando alguien mata a otro ser a quien no había conocido nunca y sin motivos, por la simple compulsión de matar.

Tanto las violencias generalizadas, como las hogareñas des humanizan a los niños, los desvitalizan y exponen a la muerte. Posteriormente a la segunda guerra mundial ha aumentado la adaptación a la violencia y deshumanización, a expensas de la propia deshumanización y desvitalización.

DESHUMANIZACION EN LA FAMILIA

La deshumanización en la sociedad actual, imposibilita - que sus familias sean núcleos humanizadores de futuros hom -- bres, ésto se ha comprobado por el aumento progresivo de la - destructividad en el seno de la sociedad, y la tendencia de - la sociedad humana hacia la paranoia universal. Esta última es provocada por la propagación del miedo, del terror, de la des - confianza, de la impotencia y de la falta de fé.

Actualmente los síndromes de sufrimiento se han generali - do y no es posible reducirlos a la perturbación de una perso - nalidad individual, sino que se trata de perturbaciones fami - liares y sociales. El origen de estas alteraciones se encuen - tra en la familia, ya que los padres no están en condiciones de respaldar a sus hijos ante la problemática social, sino al contrario, incrementan su poder y repercusiones, al identi - ficarse ellos mismos como agentes deshumanizantes.

El sistema socioeconómico actual origina la deshumaniza - ción más generalizada. Los niños crecen como mudos testigos - del rechazo, de la pérdida del amor y el reconocimiento y ade - más pierden la fé en sí mismos, temen percibirse como simples criaturas humanas.

Como resultado de esto los niños crecen en la firme cree - encia de que no podrán sobrevivir a menos que sea como super - hombres o algo más que simplemente humanos. En el proceso de una vida nuclear y cibernética los adultos no comparten las - experiencias humanas con sus hijos, sólo los inducen al siste - ma de producción y consumo. Ejemplo de esto son los jugetes - bélicos y los artefactos de alta tecnología.

En la educación se pretende alcanzar un alto grado de e -

ficiencia tecnológica, se aspira a formar un nuevo tipo de hombre: un autómeta. Se sacrifica la sensibilidad natural y emocional para lograr un eficacia manipulativa, para acelerar la inteligencia cibernética alimentando el egocentrismo más sordo y ciego.

En niños de 2 a 9 años se describe un segundo proceso de tipo adaptativo, imponiendo en control de la vida. Los intentos de oposición y resistencia a este proceso perturban a los niños seriamente, ya que los adultos recurren a diferentes métodos de control, convencimiento y dominio, no les importan las necesidades de afecto, vínculo vitales que presentan los niños,

Si se declara una lucha entre adultos y niños, esta puede ser a muerte, pues los adultos recurren a esporádicos arrebatos aterradores o a una labor de deterioro constante. Los niños que sobreviven a esta lucha, serán siempre deshumanizados y desvitalizados, trayendo como consecuencia el emporamiento progresivo de la calidad humana en nuestra civilización. Será imposible desarrollar la identidad, la integridad y la dignidad necesarias para convertirse en seres humanitarios.

Los padres heredan a sus hijos un potencial de violencia que no es ni autoafirmativo, ni revolucionario, pues ellos mismos están desvitalizados, y son incapaces de enfrentarse a seres en igualdad de condiciones por lo que agreden a los más débiles que siempre son los niños o los ancianos.

En nuestros centros urbanos, la violencia se manifiesta en todas las formas posibles, de manera sólida e inalterable, e impide la huida a experiencias menos deshumanizantes. En este ambiente los seres crecen separados por la desconfianza e -

indiferencia, solo los une el azar, el miedo, el terror, las necesidades colectivas, y la relación destructiva; esta última esta motivada por el furor y el resentimiento y se unen a otros individuos para humillar, herir o destruirse el uno al otro. Los hijos de estas sociedades por encontrarse indefensos son la víctima preferida de los sujetos que necesitan sentirse omnipotentes y con poder absoluto, pero estas necesidades pueden tornarse insuficientes o no compensadas y dirigirse entonces hacia la destrucción total, es la reacción final en contra de el sistema social existente.

2.4-AGRESIVIDAD EN LA FAMILIA

La familia como célula vital de la sociedad, deberá cumplir con las funciones determinadas históricamente y de acuerdo a la forma en que estas se realicen, la familia evolucionará armónicamente, o se estancará en su desarrollo.

La forma en que los padres cumplan con sus funciones, es ta determinada por el trato que ellos recibieron en su infancia o bien por los esfuerzos de crear una familia diferente a la que vivieron cuando niños. Las metas o funciones de la familia, han sido señaladas culturalmente en cada país de acuerdo a sus tradiciones o costumbres, las principales son:

1- El cuidado de los niños y satisfacción de sus necesidades básicas, asegurando su subsistencia física.

2- Promover lazos de afecto y de unión social, creando así la capacidad de relación con otros seres humanos.

3- Facilitar el desarrollo de la personalidad en el ámbito familiar y social.

4- Permitir a los hijos el entrenamiento en su rol sexual; condicionado por la propia madurez e integración de los padres.

5- Promover el desarrollo y realización creativa de los hijos.

6- Mantener a los niños con un sentido de unión familiar, dentro de un marco de independencia personal.

La agresión al niño en la familia, implica la frustración, la deformación de una de las funciones mencionadas.

En todo proceso con expectativas por cumplir se pueden presentar fallas por omisión o exceso de las funciones anteriores. Si los padres son capaces de desarrollar ante los conflictos inevitables, potencialidades de razón, amor, solidaridad e

interés, y establecer una relación productiva, la familia alcanzará sus metas. Si por el contrario, por motivos psicológicos - económicos o socioculturales impiden resolver las dificultades diarias, se utilizará a los hijos como medio de ataque entre - ambos cónyuges. Así el niño pasa a ser un objeto de uso al servicio de los conflictos en la relación conyugal.

La familia es un conjunto de fuerzas de agresión y amor - que fluyen en todas direcciones y establecen un intercambio - emocional, constante, Así cada miembro de la familia expresa - sa sus necesidades afectivas, la manera de satisfacerlas, qué - está dispuesto a dar y como responderá a las necesidades de los otros.

Las crisis familiares cotidianas, generan conflictos y - frustraciones que van a causar hostilidad y resentimiento. Generalmente estas no son perdurables porque se propicia en la - familia una atmósfera de solidaridad y afecto.

Las agresiones que la familia practica contra los hijos - están determinadas por la edad o grado de desarrollo del niño, de acuerdo a esto enunciamos a continuación los distintos tipos de agresión. Agresión

1. En el periodo postnatal la supervivencia del niño depende de sus necesidades fisiológicas. En este periodo los padres - agreden al niño, descuidando sus necesidades o bien por exceso en la satisfacción de las mismas.

2. En la primera infancia los padres deben aceptar la dependencia absoluta del niño, este pide y ordena a través del llanto, y la madre al satisfacerlo le crea una sensación de seguridad y omnipotencia en este periodo una separación prematura entre padre e hijo, es la agresión más frecuente, y crea en el niño, una sensación de desamparo e inseguridad y la descon-

confianza básica ante cualquier ser humano.

3. En los pre-escolares se inicia una separación gradual entre la madre y el hijo. En forma progresiva el hijo descubre nuevas capacidades en sí mismo y la separación de la madre es menos conflictiva. La agresión se puede manifestar impidiendo que el niño desarrolle su independencia y para ser aceptado el niño se somete a la pseudo-disciplina y progresivamente pierde su capacidad y adquiere desconfianza en sí mismo

5. A los 5 años de edad, el niño vive la polaridad masculino femenino de los adultos y define en su mente la relación entre hombres y mujeres. La agresión en esta fase se manifiesta como ataque contra la identidad sexual de hijo.

5- En la edad pre-escolar crece la esfera emotiva del hijo, iniciando la interacción con niños y adultos fuera de la familia. La agresión en esta etapa consiste en inhibir la interdependencia e influirle temor respecto al mundo exterior.

6. En la adolescencia los hijos se identifican sexualmente el muchacho lucha por adaptarse a sus cambios, por lograr la independencia y por lograr ideales propios. La agresión contra el hijo púber toma diversas formas, los padres atacan el pelo, la ropa, la música, los ideales, la rebeldía, la sexualidad incipiente y los intentos por cambiar la realidad insatisfactoria. Sólo que en esta etapa el hijo ya responde también con agresividad.

Al revisar los anteriores puntos confirmamos que el AMOR UNIVERSAL Y AUTOMÁTICO no es una realidad. La agresión se expresa en forma de actos dañinos, de actitudes hostiles y sentimientos de cólera y odio. Esta expresión puede ser directa y clara o indirecta y encubierta.

Algunas causas de ataque de los padres hacia los hijos -

pueden ser:

1- Desplazar hacia un hijo los conflictos conyugales.

2- La frustración y ambivalencia de los padres ante un niño con limitaciones físicas e intelectuales.

3- Adopción de actitudes autoritarias e irracionales e impositivas, por que los padres mismos han sido víctimas de este tipo de autoridad en su propia familia o trabajo.

4- El miedo de perder la autoridad sobre los hijos, sobre todo si hay una parentela que este vigilando que tan estricto o eficiente es ese progenitor.

5- El fracaso y frustración que los padres sufren cuando los hijos no responden ha expectativas poco realistas. En muchos de estos casos los padres no intentan destruir al hijo, - sólo tratan de lograr por medios absurdos un ideal.

6- La herida sentimental que un progenitor siente cuando un uno de los hijos se liga sentimentalmente más al otro progenitor, se da solo cuando existe un conflicto sentimental serio.

7- La agresividad o destructividad pueden ser el resultado de la impotencia de los seres humanos que no pueden transformar o cambiar su propia vida hacia algo mejor, sufren tremendamente y toman actitudes de autoritarismo irracional, impositivo y sádico. Así los padres llegan a convertir a sus hijos en cosas u objetos de dominio total .

8- Los padres agreden a sus hijos por celos, presentan un resentimiento contra el niño que exige y requiere lo que ellos nunca recibieron. Son padres que en su infancia nadie les prodigo cuidados y ternura.

9- El grupo de padres que nunca desearon tener hijos y que

por ignorancia o presiones socioculturales los tuvieron formados otro conglomerado de adultos que maltratan a los niños.

10- Ante los hijos adolescentes, si la fuerza, frescura y oportunidades de que gozan los hijos provocan envidia en los padres, estos asumen actitudes de pseudo-disciplina, en las que expresan la envidia y el miedo a perder el control sobre la -- progenie.

Todas las formas de agresión al niño en la familia tienen en diverso grado, efectos nocivos sobre los hijos. Algunas de estas posibilidades son:

- a) La muerte
- b) Daños orgánicos permanentes
- c) Detención o retraso en el desarrollo del hijo
- d) Sometimiento de la personalidad del niño a la familia
- e) Agresividad del niño contra uno o ambos progenitores, -- tratando de forzar la satisfacción de algunas de sus necesidades. Se establece un vínculo en el que la agresividad paterna-desencadena la agresividad del niño, esta puede volcarse contra la sociedad.

f) El niño agredido se siente amenazado, angustiado y se convierte en un psiconeurótico con descompensación de sus defensas y mal control de sus emociones. También presenta desorganización de su conducta en diversos grados.

Si consideramos que en todas las familias existen conflictos y crisis entonces en todas, hay momentos de agresión a los niños. El resultado de las crisis depende de los recursos positivos que tanto el niño como la familia utilicen para superarlas dificultades inevitables.

2.5 ASPECTOS SOCIALES DEL SINDROME DEL NIÑO MALTRATADO

Encontramos que las instituciones asistenciales no fueron creadas para los niños maltratados y sus familias. Por lo tanto no existe un sitio adecuado en donde realizar el manejo de los pacientes.

Es evidente que las funciones específicas de los hospitales son las de establecer el diagnóstico o la sospecha del problema y el tratamiento de las lesiones físicas; los alberges temporales protegen al niño por un breve período, pasado el cual se deben enviar a otra institución o regresar a su hogar. Otras instituciones fueron destinadas a proteger al niño-expósito, al cual el Estado protege mientras encuentra un hogar adoptivo.

Las casas de cuna no fueron creadas para niños que si tienen padres, aunque los maltraten, ni están acostumbradas a coordinar sus acciones con otras instituciones encargadas de rehabilitar a la familia y reintegrar al niño a su seno.

En la casa hogar prefieren el ingreso de niños con el desarrollo indemne, y por lo tanto con mejores posibilidades de beneficiarse, con el esfuerzo del estado, en su educación y formación. Las posibilidades del niño maltratado en este aspecto son nulas ya que generalmente son niños con secuelas neurológicas.

Las madres sustitutas casi siempre son viudas, apoyadas por un precario subsidio que deben completar con sus propios medios. Tienen a su cuidado de 8 a 22 niños del mismo sexo y con edades muy cercanas entre si. Esto no constituye un hogar sino un mal remedo, que se asemeja más a un pequeño orfanato.

El niño experimenta muy diversas formas de agresión y de crueldad en nuestra sociedad. El maltrato físico es sólo la -- más tangible de las que puede padecer. Es un fenómeno cuya responsabilidad y origen parece recidir en personas ajenas a nuestro control, pero todos somos responsables de la crueldad que se comete intencionalmente, por ignorancia, por insensibilidad y sobre todo por pasividad, esto ocurre por falta de legisla-- ción adecuada o por falta de la observancia de la misma.

En general los servicios sociales de rehabilitación brindan ayuda y protección a seres que sin ella no tienen posibilidades de desarrollarse sanamente y aveces ni siquiera de sobrevivir, este es el caso del niño maltratado.

2.6 PROMOCION DE LA SALUD DEL NIÑO EN MEXICO

México tiene en la actualidad alrededor de 32 millones de personas menores de 15 años que representan el 46% de la población total. Casi el 40% de la mortalidad general esta representada por niños.

La mortalidad se integra proporcionalmente por: la perinatal, la infantil, la pre-escolar y la escolar. Las principales causas de mortalidad en este grupo son enfermedades infecciosas, respiratorias y gastrointestinales, Las causas de morbilidad son: los accidentes, la desnutrición, las anomalías congénitas y los estados morbosos mal definidos.

Los problemas del niño maltratado no se cuantifican ni califican en forma precisa, no se toma en cuenta al niño agredido física, psíquica y socialmente, tampoco al que trabaja desde temprana edad ni al niño analfabeta, solamente se determinan los niveles bajos de salud y de vida para la sociedad en general.

Los factores de esta situación son la pobreza, la deficiente educación, la injusticia social y el subdesarrollo en todos sus componentes. En México se debe ahondar en la epidemiología, en el desarrollo económico, social y cultural y en la dinámica demográfica para saber como cuidaremos a los niños como parte integrante de nuestro medio ambiente y como resultado de nuestra cultura.

El cuidado de la salud del niño debe iniciarse por promover la salud de los padres, aún antes de que este sea concebido.

En la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos

encontramos lineamientos dirigidos al cuidado de la salud de los niños, entre los más importantes están los referentes a la educación, el derecho al trabajo, la protección de la mujer y la seguridad social.

En la educación se busca el desarrollo armónico del individuo y el mejoramiento constante del pueblo en los aspectos económico, social y cultural.

El derecho al trabajo, destaca el interés del Estado de hacerlo efectivo para superarse y obtener los recursos económicos y materiales que satisfagan de una manera mejor sus necesidades vitales.

La protección de la mujer se hace patente en el artículo 123 Constitucional, donde se establecen los descansos para antes u después del parto y durante la lactancia; la prescripción de que la mujer no labore en tareas pesadas y nocturnas, son ejemplos de mandatos que cuidan a la madre y a través de ella al hijo como objetivo final.

La seguridad social tiene por finalidad garantizar el derecho humano a la salud, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios para el bienestar individual y colectivo.

En el área especial del cuidado a la niñez, se han desarrollado programas de atención materno infantil cuya finalidad es formar ciudadanos de elevado nivel físico y mental. Se realizan actividades en el campo preconcepcional, el período prenatal, el parto y el puerperio, y en todo el período de la infancia hasta que el niño alcanza la mayoría de edad.

Otras formas de prevenir la salud se realizan en escuelas de medicina y enfermería poniendo alerta a ambos tipos de

profesionistas . Se han creado servicios especiales en diferentes instituciones de salud, cuya principal función es investigar los problemas de la edad infantil, para preservar la salud de la madre y del niño.

Todas las instituciones impulsan la utilización de la Cartilla Nacional de Vacunación, que es una medida muy importante en la lucha contra las enfermedades infecciosas.

Las guarderías para los niños de madres que trabajan, los internados para niños abandonados y los centros de recreación infantil son recursos encaminados a cuidar la salud de nuestra niñez.

El programa de planificación familiar busca la regulación del número de hijos, cuida a la madre que respresenta el sostén del niño y trata de ahorrar recursos para que la familia, la comunidad y el Estado puedan satisfacer en forma adecuada las necesidades vitales de la infancia. El adiestramiento de parteras empíricas y la expansión de los servicios de salud, son actividades que buscan el mejoramiento de la salud de la madre y del hijo.

En el aspecto de la nutrición infantil, claramente definida como factor determinante de la salud, se ha intentado mejorarla desde hace muchos años, se inició con el programa de "La Gota de Leche", posteriormente se estableció el programa de desayunos escolares y de alimentación complementaria rural, apoyados en el programa educativo enfocado a la motivación de la comunidad para que utilicen los recursos a su disposición y para que mejore su alimentación en todos los aspectos posibles

La educación para la salud del niño también ha sido impulsada desde muchos años atrás promoviendo los factores más im-

portantes de la vida y las situaciones concretas que es conveniente modificar. El consumo de una buena alimentación tanto de la madre como del hijo, la higiene personal, en todas las etapas de la vida, y el saneamiento del medio son los capítulos básicos sobre los que se intenta elaborar la temática educativa. En la educación para la salud es fundamental la participación de la escuela, tanto por el número de niños y padres de familia que involucra como por la capacidad educativa de los maestros.

En el campo específico de la prevención de las enfermedades, se vacuna contra todas aquellas que pueden ser evitadas por medio de este recurso biológico. Así es como se erradicó la viruela y se lucha actualmente contra la poliomielitis, la tuberculosis, la tosferina, el sarampión, la difteria y el tétanos, se encuentra la firme determinación de que en la próxima década estos padecimientos dejen de ser problemas de salud, o se llegen a erradicar. Otras enfermedades que también son objeto de programas preventivos son las infecciones de vías respiratorias y las enfermedades diarreicas.

También existen programas tendientes a prevenir la fiebre reumática, la caries dental, los trastornos psicomotores, y el paludismo. Hay otros programas que cuidan la salud del niño evitando las enfermedades en el adulto, en este capítulo entran las enfermedades de transmisión sexual.

El saneamiento del medio es una medida de protección por la que el país lucha incansablemente, se intenta abastecer de agua potable a toda la población, mejorar la vivienda, controlar los alimentos e impedir la contaminación ambiental.

En consecuencia la promoción de la salud y la protección-

específica del niño , están estrechamente ligados al nivel de salud del grupo humano al que pertenecen.

2.7 LEGISLACION SOBRE PATRIA POTESTAD

Patria potestad; se considera a la autoridad legal que tienen los padres sobre sus hijos no emancipados.

La institución de la patria potestad se remonta a las XII tablas de Roma, en el siglo V a.c. y ha evolucionado hasta la edad contemporánea donde la encontramos en el Código Civil en vigor en el Distrito y Territorios Federales.

En la Ley de las XII tablas romanas se considera al padre con poderes de vida y muerte sobre los hijos, la esposa, los nietos incluyendo la facultad de darlos en esclavitud. Es estableciendo como límite de la patria potestad, la venta por tres veces de un hijo.

En el siglo I a.c. la patria potestad perdió su carácter de estatuto omnipotente y cruel, para convertirse en un conjunto de prerrogativas naturales, de disciplina y dirección del padre hacia el hijo. En esta época el hijo aún no tiene el poder de obtener patrimonio propio, pues cuanto adquiere pertenece al padre.

En la época imperial, siglo IV d.c. la patria potestad terminaba al alcanzar el hijo el estado sacerdotal, la jerarquía episcopal o al ser padre de familia.

La tutela es una institución muy afín, a la patria potestad; tiene por finalidad proteger el patrimonio familiar; posteriormente se puso al servicio del tutelado, correspondiendo a el Estado vigilar y fiscalizar las gestiones de los tutores, en el siglo XVI la patria potestad no era absoluta, ni permanente y la autoridad conferida al padre sobre el hijo podía

estimarse como impulso para cumplir con los deberes ante su hijo, se intentaba de que el padre que el padre tuviera autoridad sobre su hijo y sus bienes, hasta que pudiera conducirse por sí mismo. Si el padre no cumplía perdía la patria potestad.

En México se inspiraron en la legislación francesa, y basicamente en el Código Civil de Napoleón de 1808, para establecer el Código Civil de 1870 y la Reforma de 1884. Por una ley dictada el 7 de septiembre de 1874 se retiró la patria potestad a aquellos padres que fueran condenados por determinados delitos. En el Código Civil vigente a partir de agosto de 1928 se suaviza el rigor de la patria potestad y se desplaza el centro de interés, del padre a la persona de interés del hijo. El artículo 444, fracción III establece la pérdida de la patria potestad cuando quien la ejerce es condenado dos o más veces por delitos graves, cuando por las costumbres depravadas de los padres, malos tratos o abandono de los padres pudiera comprometerse la salud, la seguridad, o la moralidad de los hijos y, finalmente, por la exposición que el padre o la madre hicieran de sus hijos, o porque los dejaran abandonados más de seis meses.

DELITO DE LESIONES

En lo que respecta al delito de lesiones en la legislación romana no se encontró una ubicación única para este. En ocasiones se consideraba como delito de injuria, y en otras se incluía en el capítulo de homicidio, en el Código Penal en 1871 el delito de lesiones se encontraba dentro del título llamado "delitos contra las personas cometidos por particulares". Un acierto de este código estaba contenido en el artículo 511 -- donde se tomaba en cuenta toda alteración en la salud y cualquier otro daño, que deje huella material en el cuerpo humano.

producido por causa externa.

En el Código de 1929 el delito de lesiones se encuentra dentro del título llamado "delitos contra la vida".

En el Código Penal en vigor desde 1931 se considera al delito de lesiones como una alteración de la salud que deje huella en el cuerpo humano, producidos por causa externa. Esto es bajo el título de "delitos contra la vida y la integridad corporal".

En el Código Penal de 1871, se señala en el artículo 531 referente a la patria potestad "la responsabilidad para el autor de las lesiones puede ser atenuada presentando una causa de justificación o excusa absolutoria para evitar la desintegración familiar que ocurriría si es llevado a prisión el padre. El mismo Código establecía que las lesiones causadas por el padre no serían punibles, cuando no tardaran en sanar más de quince días.

Es difícil que en los casos presentados, de acuerdo a la evidencia médica, las lesiones se hayan producido en ejercicio del derecho de corrección. Los casos que se presentan se refieren a niños de veinte días a tres meses de edad y en algunos casos hasta tres años. Podríamos decir que racionalmente el derecho de corregir surge cuando ya apunta la personalidad del menor, y empiezan a razonar por sí mismo, esto ocurre generalmente después de los cinco años.

CODIGO PENAL PARA EL DISTRITO Y TERRITORIOS FEDERALES DE 1931 (en vigor)

La protección de los menores de edad y concretamente de los menores en la etapa de la niñez, se encuentra establecida con el rigor que la legislación sobre hechos delictuosos re-

viste.

Encontramos en el Código Penal para el Distrito y Territorios Federales que es, así mismo, de aplicación federal, por lo que toca a los delitos de ese orden definidos en el artículo 41 de la Ley Orgánica del Poder Judicial de la Federación, los siguientes artículos:

Artículo 201. Se aplicará prisión de seis meses a cinco años a quien facilite o procure la corrupción de un menor de dieciocho años de edad.

"Comete el delito de corrupción de menores el que procure o facilite su depravación sexual, si es púber la iniciación de la vida sexual o la depravación de un impúber, o los induzca o insite o auxilie a la práctica de la mendicidad, de hábitos viciosos, a la hebreidad, a formar parte de una asociación delictuosa, o a cometer cualquier delito.

Cuando los actos de corrupción se realicen reiteradamente sobre el mismo individuo y debido a ellos este adquiera los hábitos del alcoholismo, uso de sustancias tóxicas y otras que produzcan efectos similares, se dedique a la prostitución o a las prácticas homosexuales, o forme parte de una asociación delictuosa, la pena de prisión será de cinco a diez años y multa hasta de 25 000 pesos".

Artículo 202. Queda prohibido emplear a menores de dieciocho años en cantinas, tabernas, y centros de vicio. La contravención a esta disposición, se castigará con prisión de tres días a un año, multa de 25 a 500 pesos, y además, con cierre definitivo del establecimiento en caso de reincidencia. Incurrirán en la misma pena los padres o tutores que acepten que sus hijos, o menores bajo su guarda, se empleen en los referidos

tabecimiento.

Artículo 203. Las sanciones que señalan los artículos anteriores se duplicarán cuando el delincuente sea ascendiente, padrastro o madrastra del menor, privando al reo de todo el derecho a los bienes del ofendido y de la patria potestad sobre todos sus descendientes.

Artículo 294. Las lesiones inferidas por quienes ejerzan la patria potestad o la tutela, y en ejercicio del derecho de corregir no serán punibles si fueren de las comprendidas en la primera parte del artículo 289, y además, el autor no abusare de su derecho, corrigiendo con crueldad o con incesaria frecuencia.

Artículo 295. En cualquier otro caso se impondrá al delincuente la sanción que corresponda con arreglo a las prevenciones anteriores y quedará, además, privado de la patria potestad en virtud de la cual tenga el derecho de corrección.

Artículo 325. Llámese infanticidio a la muerte causada a un niño, dentro de las 72 horas a su nacimiento por alguno de sus ascendientes consanguíneos.

Artículo 326. Al que cometa el delito de infanticidio, se le aplicará de 6 a 10 años de prisión, salvo lo dispuesto en el artículo siguiente.

Artículo 327. Se aplicará de tres a cinco años de prisión a la madre que cometiere el infanticidio de su propio hijo, siempre que concurren las siguientes circunstancias:

- I. Que no tenga mala fama.
- II. Que haya ocultado su embarazo.
- III. Que el nacimiento del infante haya sido oculto y no se hubiera inscrito en el Registro Civil.

IV. Que el infante no sea legítimo.

Artículo 332. Se impondrá de seis meses a un año de prisión a la madre que voluntariamente procure su aborto o consienta que otro la haga abortar, si concurren estas tres circunstancias:

- I. Que no tenga mala fama.
- II. Que haya logrado ocultar su embarazo.
- III. Que este sea fruto de una unión ilegítima.

Artículo 335. El que abandone a un niño incapaz de cuidarse solo, o a una persona enferma, teniendo obligación de cuidarlos, se le aplicará de un mes a cuatro años de prisión si no resultare daño alguno, privándolo además, de la patria potestad o de la tutela, si el delincuente fuere ascendiente o tutor del ofendido.

Artículo 336. Al que sin motivo justificado abandone a sus hijos o a su cónyuge, sin recursos para atender a sus necesidades de subsistencia, se le aplicará de un mes a cinco años de prisión, privación de los derechos de familia, y pago como reparación del daño, de las cantidades no suministradas oportunamente por el acusado.

Artículo 340. Al que encuentre abandonado en cualquier sitio a un menor incapaz de cuidarse a sí mismo, o a una persona herida o amenazada de un peligro cualquiera, se le aplicarán de uno a diez meses de prisión o multa de diez a cincuenta pesos, si no diere aviso inmediato a la autoridad u omitiere prestarles el auxilio necesario, cuando pudiere hacerlo sin riesgo personal.

Artículo 342. Al que exponga en una casa de expósitos a

un niño menor de siete años que se le hubiere confiado, o lo entregue en otro establecimiento de beneficencia o a cualquier otra persona, sin anuencia de la que se lo confió o de la autoridad en su defecto, se le aplicarán de uno a cuatro meses de prisión y multa de cinco a veinte pesos.

Artículo 346. Se impondrá pena de cinco a cuarenta años de prisión y multa de mil a veinte mil pesos cuando la privación ilegal de la libertad tenga el carácter de plágio o secuestro en alguna de las formas siguientes:

VI. Si el robo de infante se comete en menor de doce años, por quien sea extraño a la familia, y no ejerza la tutela sobre el menor.

En el artículo 116 del Código Federal de procedimientos penales se establece la obligación para toda persona que tenga conocimiento de la comisión de un delito, que deba perseguirse de oficio, de denunciarla ante el ministerio público o ante cualquier autoridad, funcionario o policía.

En el artículo 352, fracciones I y II del Código Penal relativo a la difamación, se establece que no se aplicará sanción alguna a quien se acuse de difamación cuando "manifieste técnicamente su parecer sobre alguna producción literaria, artística o industrial"; la fracción II dispone que "tampoco se aplicará sanción al que manifieste su juicio sobre la capacidad o conducta de otro, si probare que obró en cumplimiento de un deber o por interés público".

Los médicos que ponen en conocimiento de las autoridades el maltrato de los niños que reciben en sus hospitales, después de haber confirmado estos datos por medio de trabajadores sociales, radiografías y juicios médicos, cumplen con un deber profesional de evidente interés público. La conducta de los -

médicos carece de dolo a la luz del artículo noveno del Código Penal que a la letra dice: La intención delictuosa se presume salvo prueba en contrario.

Otros aspectos de protección para la niñez, están previstos y encuentran fundamento en diversas disposiciones reglamentarias y legislativas.

El artículo 39 de la ley orgánica de la administración pública federal, que en su fracción VIII encarga a la SSA "regular la prevención social a niños hasta de seis años de edad, ejerciendo sobre ellos la tutela que corresponde al estado".

El artículo 2o. del decreto que creó el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia, en su fracción VIII da facultades al sistema para fomentar y proporcionar servicios asistenciales a los menores en estado de abandono, y en su fracción IX, prestar organizada y permanentemente servicios de asistencia jurídica a los menores y a las familias, para atención de los asuntos compatibles con el sistema.

El artículo 15 del reglamento interior de la SSA, en su fracción II, encarga a la Dirección General de Asistencia Social:

"Ejercer la tutela e intervenir en la protección social de niños huérfanos y abandonados".

La Ley Federal del Trabajo protege a los niños a su vez, prohibiendo en su artículo 22, que se utilice en el trabajo a niños menores de catorce años y, en su artículo 5o. expresa -- que no producirá efecto legal cualquier estipulación escrita o verbal que establezca dicho trabajo. Para dar fuerza coercitiva a estas disposiciones, el artículo 879 de la propia ley determina que "se impondrá multa de cien a cinco mil pesos al -

patrón que viole las normas que rigen el trabajo de las mujeres y los menores".

Sin duda la protección que de manera más cabal y profunda puede ofrecerse a un niño es la que lo rodea cuando se haya integrado en el seno de la familia. Las bases legales que amparan a dicho núcleo, son bases legales igualmente protectoras - del niño, como la parte integrante más débil de la familia.

La Constitución de los Estados Unidos Mexicanos determina en su artículo 4o. que la ley protegerá la organización y el desarrollo de la familia, da a esta materia la más alta jerarquía jurídica y pone en relieve el interés público que subyace en ella.

El artículo 169 del Código Civil menciona que: "los conyuges podrán desempeñar cualquier actividad, excepto las que dañen la moral de la familia o la estructura de esta". Su artículo-423 indica que: "los que ejercen la patria potestad o tengan hijos bajo custodia, tienen la facultad de corregirlos y la obligación de observar una conducta que sirva a estos de buen ejemplo. En su artículo 267, fracción V, prevé como causal de divorcio "los actos inmorales ejecutados por el marido o por la mujer con el fin de corromper a los hijos, así como la tolerancia en su corrupción.

La Campaña de Planificación Familiar pretende poner orden y razón en el proceso de la reproducción humana, que en México en los últimos lustros, ha sido desproporcionado e irreflexivo y no solo contempla superar la estructura cuantitativa de la familia, sino uno de sus primeros logros será favorecer un mayor cuidado, una mejor educación y una más amplia protección - de los progenitores hacia sus vástagos.

La Campaña de Planificación Familiar y las bases legales que la sustentan, constituyen una manera mas de proteger a la niñez, la que en múltiples ocasiones, por la irresponsabilidad de sus psdres, forma parte de un hogar en el que el número de descendientes multiplica los problemas internos y debilita la posibilidad de proteger en la expención debida a la prole. -- Las dimensiones de la familia, deben ser resueltas bajo conciencia de los padres. El estado solo puede sugerir, instruir, recomendar y orientar pero no violentar voluntades, ni recortar-coactivamente el tamaño de la familia.

1.- La Campaña de Planificación Familiar que tiende a limitar razonablemente el número de hijos, los protege.

2.- En la legislación mexicana coexiste un conjunto de -- normas, relativas a los menores de edad, que comprenden del nacimiento hasta los dieciocho años. Pero un infante de dos o tres años no puede estar sujeto a las mismas regulaciones aplicables a un menor de 16 o 17 años, por lo que es conveniente -- hacer una subdivisión del gran capítulo de la minoría de edad, y ampliar además el campo específico tutelar de la niñez.

3.- El artículo 4o. constitucional tiene como materia la familia. Al reglamentarse para su observancia y aplicación, -- es previsible que generará la expedición de un código familiar, dentro del cual se podrá considerar como capítulo medular el referente a los hijos de familia en la etapa de su infancia.

4.- Es conveniente vertebrar en un solo estatuto los principios generales de protección a la infancia y los derechos -- fundamentales del niño. Esta alternativa demandará una reforma constitucional para que dicho estatuto sea amplio y eficaz.

5.- Se deberán modificar y/o adicionar preceptos, a los ya vigentes, como algunos que se refieren a alimentos, con el fin de evitar que el deudor alimentario eluda su obligación; o de tipo penal conforme lo aconseja la experiencia a fin de hacerlos más funcionales y operativos.

Aunque el país carece de un código de protección y su estructura no se presta para promulgarlo y aplicarlo en todos los estados que componen la federación, se cuenta con un sistema para el desarrollo integral de la familia (DIF), dentro del cual funciona la Procuraduría para la Defensa del Menor y de la Familia, que atiende lo relativo a los consejos locales de tutela y los asuntos concernientes a la patria potestad; su estructura y procedimiento le permiten, al menos teóricamente abocarse a los problemas sociolegales que plantea el maltrato sin tener que dar a sus intervenciones el carácter persecutorio y punitivo que, con razón y sin ella, puede sentirse en las acciones del Ministerio Público o en las de la Procuraduría General de Justicia. Esto representa un progreso que por desgracia no corre paralelamente con el desarrollo de recursos sociales para la protección del menor, en la familia.

En el Instituto Mexicano del Seguro Social desde el año de 1966 en que se detectó el primer caso de niño golpeado, se tiene una experiencia que pone en evidencia la insuficiencia de la protección civil o penal; pues es obio que la acción penal cuando tiene como resultado la prisión para el padre o la madre, desintegra a la familia, siendo esto un mal social igual o más grave que el que se trata de resolver. Más que buscar un castigo para el agresor debe procurarse su orientación y re

educación o tratamiento psiquiátrico, así como la protección -
del menor

3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Habiendo observado que el maltrato a los hijos es un fenómeno social, que se presenta en todos los niveles socioeconómicos, y debido a la dificultad para su diagnóstico y manejo nos preocupamos por investigar algunas posibilidades de prevención.

Revisando la literatura médica, encontramos algunos factores estrechamente relacionados con la presentación del síndrome del niño maltratado, siendo los más frecuentes factores tales como :

- 1- Adultos jóvenes
- 2- Individuos que cumplen funciones maternas
- 3- Inestabilidad conyugal
- 4- Clase social baja
- 5- Pobre autocontrol paterno
- 6- Tendencia al aislamiento y soledad
- 7- Altas expectativas de los hijos
- 8- Carencia de afecto en la infancia de los padres
- 9- Antecedentes de maltrato en los padres

Otros autores coinciden en indicar como principal factor la edad materna joven, seguidos en orden de frecuencia por bajos ingresos económicos, desempleo, escolaridad baja, e inestabilidad marital.

Estudios realizados en nuestro país reportan factores similares a los ya descritos, unicamente hacen mención de la importancia que reviste el antecedente de haber sido golpeado o carente de afecto durante la niñez.

En nuestro estudio intentaremos descubrir, en futuras ma-

dres algunos de los factores descritos anteriormente , para --
que aquellas que presenten la mayor parte de estos, sean vigi-
ladas estrechamente por el equipo de salud, siendo este el que
brindará apoyo y modelamiento a las madres en etapas posterio-
res del desarrollo familiar.

4. HIPOTESIS

En la mujer embarazada es posible identificar algunos de los factores condicionantes que influyen en la génesis del --
síndrome del niño maltratado.

5. OBJETIVOS

1- Identificar los factores predisponentes del síndrome del niño maltratado en mujeres embarazadas.

2- Analizar los factores predisponentes del síndrome del niño maltratado en mujeres embarazadas.

3- Jerarquizar los factores condicionantes del síndrome del niño maltratado para la vigilancia , y apoyo de las mujeres con alto riesgo.

6. MATERIAL Y METODOS

1.- Recursos Humanos:

- Mujeres embarazadas asistentes a la C.E. de la UMF #
33
- Médico Familiar
- Dos Médicos Residentes de Medicina Familiar

2.- Recursos Físicos:

- Unidad de Medicina Familiar No. 33
- Máquina de escribir
- Fotocopiadora
- Hojas blancas tamaño carta
- Hojas blancas tamaño pliego
- Formas RF-1
- Lápices
- Borradores
- Automóvil

Métodos: Se estudió el 20% de la población de mujeres embarazadas asistentes a la C.E. del 26 VII al 25 VIII de 1982.- A estas se les aplicó el cuestionario número 1, que fue elaborado en base a los factores predisponentes, más frecuentemente reportados.

Se estudiaron individuos del sexo femenino embarazadas.

Se tomo como límite de edad materna joven los 24 años de edad agrupando en el rubro de adultas a las mujeres de 25 años o más edad.

El grado de escolaridad materna se dividió en cuatro grupos, a saber: nula, básica, media y profesional o superior. En la clasificación de escolaridad nula incluimos a personas analfabetas. En escolaridad básica agrupamos a mujeres que cursaron primaria completa e incompleta. Las mujeres que cursaron preparatoria o secundaria se clasificaron en el grupo de escolaridad media. En escolaridad superior se incluyeron a aquellas personas que cursaron estudios profesionales.

Para clasificar los ingresos económicos se tomo en cuenta el ingreso global familiar, y el salario mínimo. Se determinó como ingresos económicos bajos a aquellas familias que percibían menos de 20 mil pesos mensuales. Las familias con ingresos económicos medios se situaron entre 21 mil y 40 mil pesos mensuales. Las familias con ingresos económicos mayores de 41 mil pesos se incluyeron en la clasificación de ingresos altos.

La estabilidad marital fué valorada por el estado civil, la interrelación cónyugal y el apoyo o falta de este por parte del esposo.

En el estado civil se tomo en cuenta a casadas, solteras separadas y uniones libres.

La interrelación cónyugal se valoró como muy buena, buena, regular o mala, esto a criterio de las interesadas.

El apoyo o falta de este por parte del esposo también fué a criterio de las personas encuestadas.

En el tema de alcoholismo dimos mayor importancia al paterno, pero también tomamos en cuenta al materno, clasificandolos como positivo y negativo.

Los antecedentes de maltrato y carencia de afecto en la -

niños de los padres se evaluaron como positivos y negativos.

La capacidad para dirigir crisis existenciales se valoró por los cambios de trabajo y domicilio, ocasionados por problemas en los centros laborales, con jefes y compañeros. Y por problemas en su domicilio con vecinos y familiares.

Los ideales y expectativas de los hijos se clasificaron subjetivamente como altas, medias y bajas. Se tomó en cuenta para la clasificación de ideas y expectativas altas aquellas en las que se determina una meta específica para el niño, sin importar las capacidades de este, ni las posibilidades de los padres para ayudarlo.

Como expectativas medias se clasificaron aquellas en que la madre, tomando en cuenta las posibilidades de su hijo, fijó metas razonables para este.

En el grupo de expectativas e ideales bajos se reunió a las madres que mostraron indiferencia con respecto al futuro de su hijo.

La muestra fue seleccionada diariamente en base a la hoja de reporte de los Médicos Familiares, (forma 4-30-6), se tomó el 20% de las pacientes que acudieron a control prenatal. - Estas se citaron semanalmente, de acuerdo a sus horarios, (AC y BD), para impartir las pláticas sobre el cuidado y desarrollo de los hijos.

Se impartieron ocho pláticas durante el mes de estudio, - el temario de estas fue el siguiente:

- 1- Crecimiento y desarrollo durante la etapa de gestación
- 2- Crecimiento y desarrollo desde la etapa de RN hasta la adolescencia.
- 3- Factores determinantes en el desarrollo de la persona-

lidad de los hijos.

4- Problemática familiar durante las fases de expansión y dispersión del ciclo de vida de la familia.

5- Los errores más frecuentes de los padres en la crianza de los hijos.

Una vez recopilados los resultados se tabularon y analizaron obteniendo un grupo de madres con mayor riesgo de presentar el síndrome del niño maltreatado.

7. RESULTADOS

Descripción:

Edad materna. De un total de 175 pacientes estudiadas, - 92 pacientes fueron clasificadas como jóvenes y 83 como adultas, lo que representa el 52.5% y el 47.4% respectivamente -- (gráfica 1).

Nivel Socioeconómico. Se dividió de la siguiente manera: 136 pacientes (77.7%) pertenecían al grupo de ingresos económicos bajos; 24 pacientes (13.7%) pertenecían al grupo de ingresos económicos medios; y 15 pacientes tenían ingresos económicos altos (8.5%) (gráfica 2).

Grado de Escolaridad. El más alto porcentaje corresponde a pacientes de escolaridad baja 56% (98 pacientes); le sigue - en frecuencia el nivel de escolaridad media con 35.2% (62 p) - el nivel profesional está representado por el 6.2% (11 pacientes); por último tenemos el analfabetismo con 2% (4 p). (gráfica 3).

Inestabilidad Conyugal. Está representada por los tres - parámetros siguientes:

1.- Estado Civil. De las 175 pacientes 151 reportaron la legalización matrimonial (86.2%); 16 reportaron unión libre (9.1%) 7 reportaron ser madres solteras (4%); y solo una paciente reportó separación(0.5%) (gráfica 4).

2.- Apoyo Conyugal. En 145 pacientes (82.8%) no manifestaron falta de apoyo por parte de sus cónyuge; y 30 (17.1%) sí manifestaron la falta de este (gráfica 5).

3.- Interrelación Conyugal. Del total de pacientes, 112 (64%) manifestaron relaciones buenas; 27 (15.4%) se refirieron

como muy buenas; 27 (15.4%) refieren regulares relaciones; y solamente 9 (5.1%) las refirieron malas (gráfica 6).

Alcoholismo. Los antecedentes de alcoholismo materno --- fueron negativos en 174 pacientes (99.4%), y solamente una aceptó tener tal toxicomanía (0.57%).

Los antecedentes de alcoholismo paterno encontrados de un total de 167 padres fueron de la manera siguiente: 107 sujetos (63.5%) fueron negativos; y 61 (36.5%) aceptaron ser alcohólicos. (gráfica 7)

Antecedentes de Maltrato. En 24 pacientes (70.8%) no se manifestó el antecedente; y 51 (29.1%) si lo manifestaron. (- gráfica 8).

Antecedentes de Carencia de Afecto. en 162 madres , (92.5%) fué negativo y en 13 (7.4%) fue positivo (gráfica 9).

Ocupación Materna. De las 175 mujeres estudiadas, 115 (-- 65.7%) realizaban labores domésticas; y 60 (34.2%) tenían empleo remunerativo (gráfica 10).

Capacidad para Dirigir Crisis Existenciales. en este aspecto se tomaron en cuenta dos parámetros.

1.- **Problemas Laborales.** Se tomo en cuenta el total de - madres con empleo remunerativo, de estas 12 (20%) tenían antecedentes de problemática; y 48 (80%) no la presentaban. (gráfica 11).

2.- **Problemática en su Domicilio.** En 164 pacientes era negativa y en 11 (6.2%) era positiva. (gráfica 12).

Concepto del hijo. En 90 pacientes (51.4%) se obtuvieron conceptos bajos; En 47 (26.8%) conceptos medios; y 38 (21.7%) tuvieron conceptos elevados sobre su hijo. (gráfica 13).

Expectativas. 87 pacientes presentaron expectativas medias (49.7%); 56 expectativas bajas (32%); y 32 expresaron expectativas altas (18.2%). (gráfica 14).

Tomando como base los parámetros de nivel socioeconómico y edad materna, se realizó una comparación con el resto de los factores predisponentes. (Cuadros 15... 22).

Los cuestionarios de las pláticas reportaron los siguientes resultados.

Madres que Golpean por Llanto. En la pre-evaluación 51% y en la post-evaluación 0%. (gráfica 15).

Madres que Golpean a sus Hijos por Orinarse en la Cama.-- En la pre-evaluación el 10.8% y en la post. 10% (gráfica 16)

Madres con Carácter Inestable. En la pre-evaluación fué - el 38.4% de madres con mal carácter; y en la post fué el 40% - (gráfica 17)

Madres que Rechazarían a sus Hijos por No Ser del Sexo Deseado. En la pre-evaluación se encontró el 1.7% y en la post.- fue el 0%. (gráfica 18)

Embarazo no Deseado. En la pre-evaluación se encontró el 30.8% y en la post. el 16 %. (gráfica 19).

Madres que Darían a su Hijo en Adopción. En la pre-evaluación se reportó en 6,2% y en la post. en 0%.(gráfica 20)

Mujeres Embarazadas que Desearían Conocer a su Hijo. en - la pre-evaluación 82,2 % y en la post. 24 %. (gráfica 21).

Madres que Deseaban que su Hijo fuese Muy Importante. En - la pre-evaluación 66.8% y en la post° 32 %. (gráfica 22).

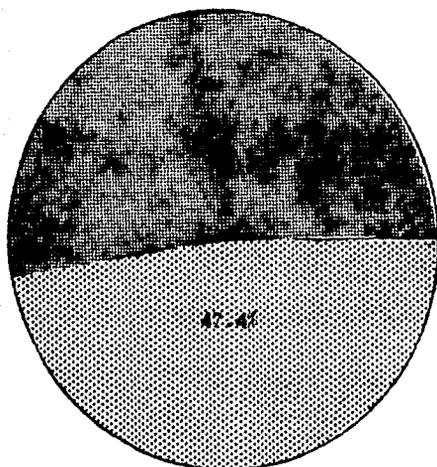
Deseo de que el Hijo fuera sano. En la pre-evaluación 98% y en la post. 100% (gráfica 23).

Deseo que si Hijo Fuese Muy Inteligente. En la pre-evalua-

ción se reporto el 87.4% y en la. post evaluación encontramos el 76 % (gráfica 24):

Gráfica 1.

Factores predisponentes: Edad Materna



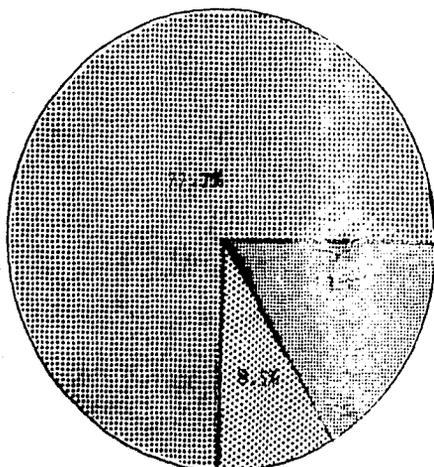
Cuadro 1

Edad materna	Total	Porcentaje
Jóvenes 15 a 24 años	92	52.5
Adultos 24 y más	83	47.4

Fuente: Encuesta realizada en mujeres embarazadas de la UMF 33, del 26 VII al 25 VIII de 82

Gráfica 2

Factores predisponentes: Nivel Económico



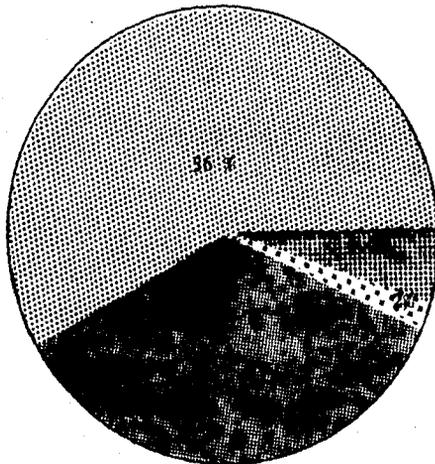
Cuadro 2

Ingresos mensuales	Total	Porcentaje
Bajos	136	77.7
Medios	24	13.7
Altos	15	8.5

Fuente: Encuesta realizada en mujeres embarazadas de la UMF 33, del 26 VI al 26 VIII de 82

Gráfica 3

Factores predisponentes: Escolaridad Materna



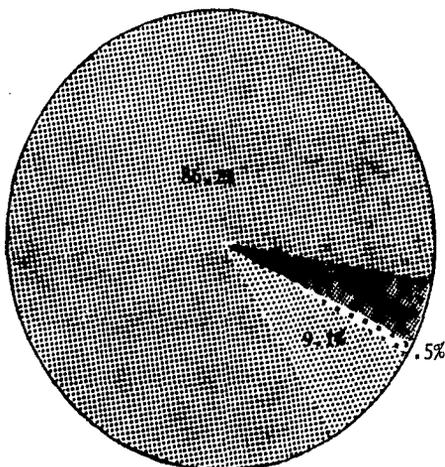
Cuadro 3

Grado de escolaridad	Total	Porcentaje
Nula	4	2
Básica	98	56
Media	62	35.2
Alta	11	6.2

Fuente: Encuesta realizada en pacientes embarazadas de la UMF 33, del 26 VII al 25 VIII de 1982

Gráfica 4

Factores predisponentes: Estado Civil



Cuadro 4

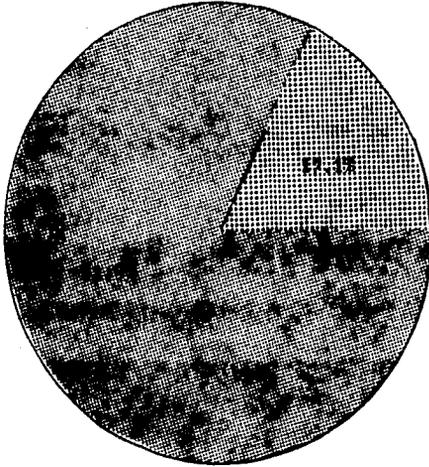
Estado civil	Total	Porcentaje
Casadas	151	86.2
Solteras	7	4.
Union libre	16	9.1
Separadas	1	0.5

Fuente: Encuesta realizada en pacientes embarazadas de la UMF 33, del 26 VII añ 25 VIII de 1982

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

Gráfica 5

Factores predisponentes: Apoyo por parte del esposo



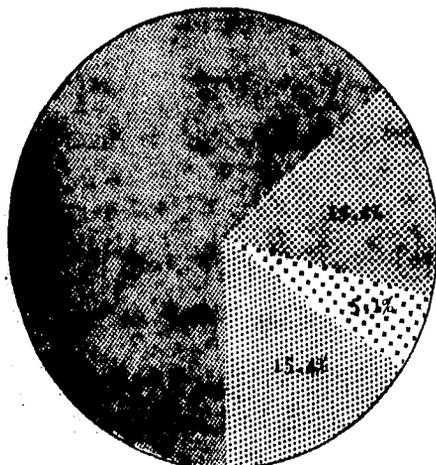
Cuadro 5

	Total	Porcentaje
Sin apoyo	30	17.1
Con apoyo	145	82.8

Fuente: Encuesta realizada en pacientes embarazadas de la UMF 33, del 26 VII al 25 VIII de 1982

Gráfica 6

Factores predisponentes: Inter-relación Conyugal



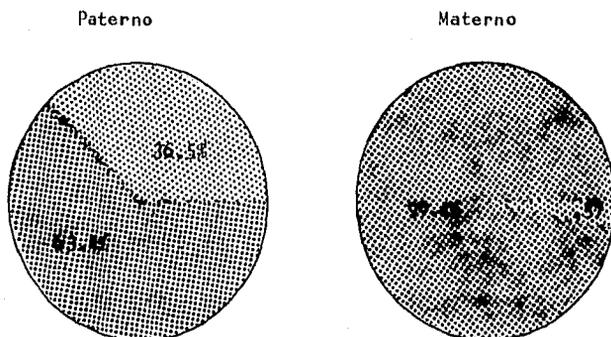
Cuadro 6

Interrelación	Total	Porcentaje
Muy buena	27	15.4
Buena	112	64.
Regular	27	15.4
Mala	9	5.1

Fuente: Encuesta realizada en pacientes embarazadas de la UMF 33, del 26 VII al 25 VIII de 1982

Gráfica 7

Factores predisponentes: Alcoholismo



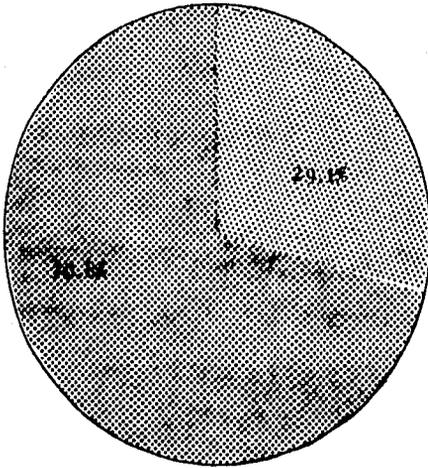
Cuadro 7

Alcoholismo	Paterno		Materno	
	Total	Porcentaje	Total	Porcentaje
Positivo	61	36.5	1	.57
Negativo	106	63.4	174	99.4

Fuente: Encuesta realizada en pacientes embarazadas de la UMF 33, del 26 VII al 25 VIII de 1982

Gráfica 8

Factores predisponentes: Antecedente de Maltrato



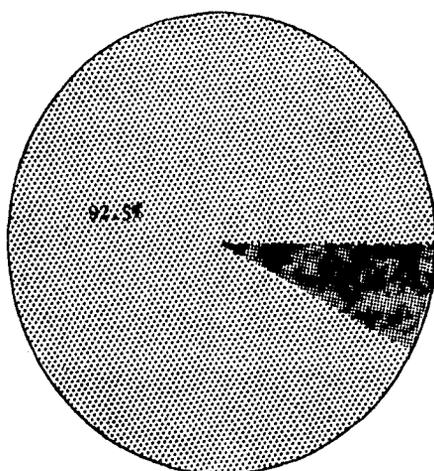
Cuadro 8

	Total	Porcentaje
Positivo	51	29.1
Negativo	124	70.8

Fuente: Encuesta realizada en pacientes embarazadas de la UMF 33, del 26 VII al 25 VIII de 1982

Gráfica 9

Factores predisponentes : Antecedentes de Afecto



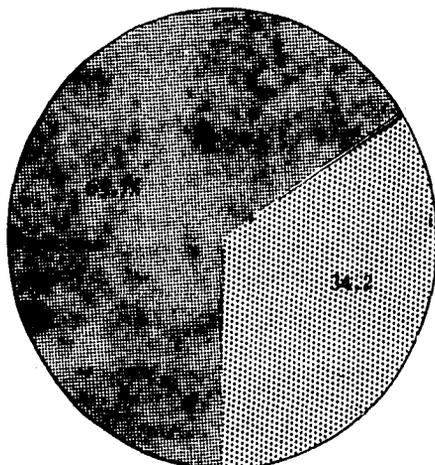
Cuadro 9

	Total	Porcentaje
Positivo	162	92.5
Negativo	13	7.4

Fuente: Encuesta realizada en pacientes embarazadas de la UMF 33, del 26 VII al 25 VIII de 1982

Gráfica 10

Factores predisponentes: Ocupación Materna



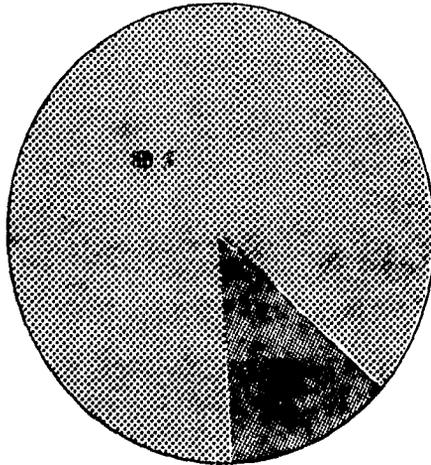
Cuadro 10

	Total	Porcentaje
Hogar	115	65.7
Empleadas	60	34.2

Fuente: Encuesta realizada en mujeres embarazadas de la UMF 33, del 26 VII al 25 VIII de 1982

Gráfica 11

Factores predisponentes: Problemas en Centros Laborales



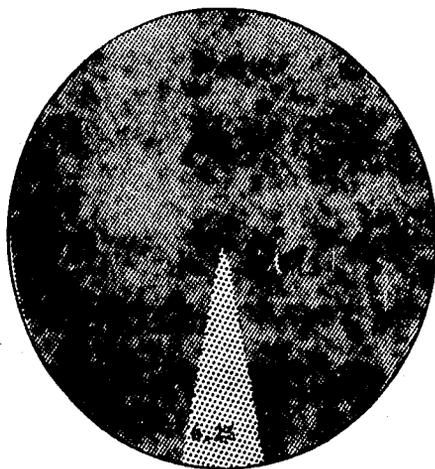
Cuadro 11

	Total	porcentaje
Sin problemas	48	80
Con Problemas	12	20

Fuente: Encuesta realizada a pacientes embarazadas de la UMF 33, del 26 VII al 25 VIII de 1982

Gráfica 12

Factores predisponentes: Problemática en el Domicilio



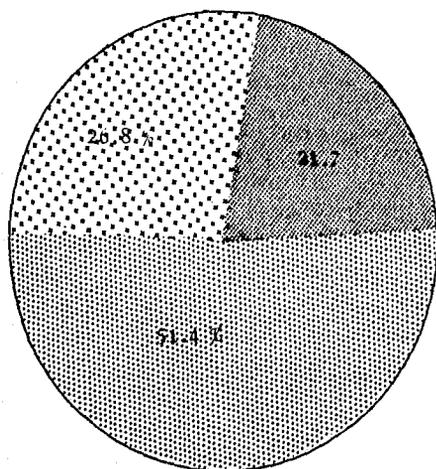
Cuadro 12

	Total	Porcentaje
Con problemas	164	93.7
Sin problemas	11	6.2

Fuente: Encuesta realizada en pacientes embarazadas de la UMF 33, del 26 VII al 25VIII de 1982

Gráfica 13

Factores predisponentes : Ideales de los Hijos



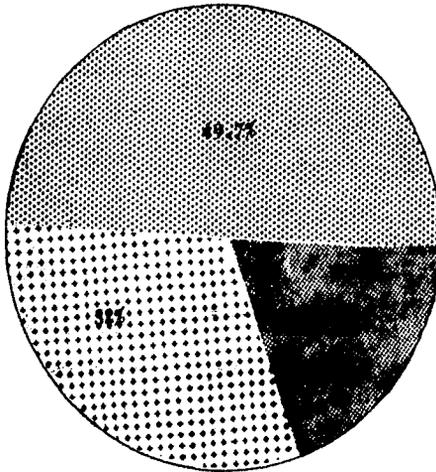
Cuadro 13

Ideales	Total	Porcentaje
Altos	38	21.7
Medios	47	26.8
Bajos	90	51.4

Fuente: Encuesta realizada en pacientes embarazadas de la UMF 33, del 26 VII al 25 VIII de 1982

Gráfica 14

Factores predisponentes: Expectativas de los Hijos



Cuadro 14

Expectativas	Total	Porcentaje
Altas	23	18.2
Medias	87	49.7
Bajas	56	32.

Fuente: Encuesta realizada en pacientes embarazadas de la UMF 33, del 26 VII añ 25 VIII de 1982

Cuadro 15. Nivel económico de vida comparado con edo. civil e interrelación conyugal.

Ingresos económicos		Casadas				Solteras				Union libre				separadas			
	Edad	MB	B	R	M	MB	B	R	M	MB	B	R	M	MB	B	R	M
Bajos	Jóven	6	46	7					4		8	1					
	Adulta	10	35	10	2						2	2			1		
Medios	Jóven	2	10	3					1		1						
	Adulto	1	4	2													
Altos	Jóven		3														
	Adulto	7	3							1	1						

Fuente: Encuesta realizada en pacientes embarazadas de la UMF 33, del 25 VII al 26 VIII de 1982.

Cuadro 16. Nivel Socioeconómico y Edad Materna Comparado con la Escolaridad.

Ingresos Económicos		NULLA	BAJA	MEDIA	ALTA	TOTAL
Bajos	Joven	1	41	30	0	72
	Adulto	3	45	16	0	64
Medios	Joven	0	7	8	2	17
	Adulto	0	4	3	0	7
Altos	Joven	0	0	2	1	3
	Adulto	0	1	3	8	12

Fuente: Encuesta realizada en pacientes de la UNF 33 del 26.VII al 26.VIII de 82

Cuadro 17, Nivel Económico y Edad Comparado con Edo Civil y Apoyo Conyugal

Ingresos Económicos		Casadas		Solteras		Union Libre		Separadas	
		con apoyo	sin apoyo	con apoyo	sin apoyo	con apoyo	sin apoyo	con apoyo	sin apoyo
Bajos	Joven	52	7	0	4	9	0	0	0
	Adulta	49	8	0	2	1	3	0	1
Medios	Joven	14	1	0	1	1	0	0	0
	Adulto	5	2	0	0	0	0	0	0
Altos	Joven	3	0	0	0	0	0	0	0
	Adulto	10	0	0	0	1	1	0	0

Fuente: Encuesta realizada en pacientes de la UMF 33, del 26 VII al 25 VIII de 82.

Cuadro 18

Nivel Económico Relacionado con el Alcoholismo Paterno

Ingresos Económicos	Positivo	Negativo	Total
Bajos	49 (37%)	80 (62 %)	129
Medios	9 (39%)	14 (60%)	23
Altos	3 (20 %)	12 (80 %)	15

Fuente: Encuesta realizada en pacientes de la UMF 33 del 26 VII al 25 VIII de 1982.

Cuadro 19. Nivel Económico y Edad Comparado con Edo. Civil y Antecedentes de Maltrato

Ingresos Económicos	Edad	Casadas		Solteras		Union Libre		Separadas	
		si	no	si	no	si	no	si	no
Bajos	Joven	14	45	1	3	3	6	0	0
	Adulto	19	38	1	1	2	2	0	1
Medios	Joven	6	9	0	1	0	1	0	0
	Adulto	2	5	0	0	0	0	0	0
Altos	Joven	1	2	0	0	0	0	0	0
	Adulto	2	8	0	0	0	2	0	0

Fuente: Encuesta realizada a pacientes de la UMF 33, del 26 VII al 26 VIII de 1982

Cuadro 20. Nivel Económico y Edad Materna Comparado con Edo Civil y Antecedente de Afecto

Ingresos Económicos	Ant. de Afecto	Casadas		Solteras		Union Libre		Separadas	
		con afecto	sin afecto	con afecto	sin afecto	con afecto	sin afecto	con afecto	sin afecto
Bajos	Joven	57	2	4	0	8	1	0	0
	Adulto	53	4	1	1	3	1	0	1
Medios*	Joven	14	1	1	0	1	0	0	0
	Adulto	6	1	0	0	0	0	0	0
Altos	Joven	3	0	0	0	0	0	0	0
	Adulto	10	0	0	0	1	1	0	0

Fuente: Encuesta realizada en pacientes de la UMF 33, del 26 VII al 25 VIII de 82.

Cuadro 21. Nivel Económico y Edad Comparado con el Edo. Civil y el Concepto del Hijo

Ingresos Económicos		Casados			Solteras			Union Libre			Separadas		
		Alto	Medio	Bajo	Alto	Medio	Bajo	Alto	Medio	Bajo	Alto	Medio	Bajo
Bajos	Joven	14	16	29	3	1	0	1	4	4	0	0	0
	Adulto	14	14	29	0	0	2	1	0	3	0	0	1
Medios	Joven	2	4	9	0	1	0	0	0	1	0	0	0
	Adulto	1	3	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Altos	Joven	0	1	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Adulto	2	3	5	0	0	0	0	0	2	0	0	0

Fuente: Encuesta realizada en pacientes de la UMF 33, del 26 VII al 25 VIII de 82

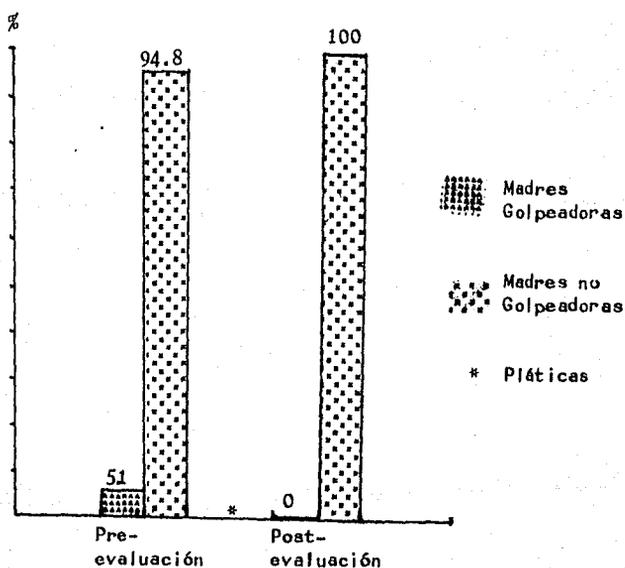
Cuadro 22. Nivel Económico y Edad Comparado con Edo Civil y Expectativas del hijo.

Ingresos Económicos	Expectativa	Casadas			Solteras			Union Libre			Separadas		
		Alto	Medio	Bajo	Alto	Medio	Bajo	Alto	Medio	Bajo	Alto	Medio	Bajo
Bajos	Joven	17	32	10	0	2	2	1	7	1	0	0	0
	Adulto	7	25	25	0	1	1	1	0	3	1	0	0
Medios	Joven	2	8	5	1	0	0	1	0	0	0	0	0
	Adulto	1	3	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Altos	Joven	0	1	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Adulto	2	3	5	0	0	0	0	0	2	0	0	0

Fuente: Encuesta realizada en pacientes de la UMF 33 del 26 VII al 25 VIII de 82.

Gráfica 15

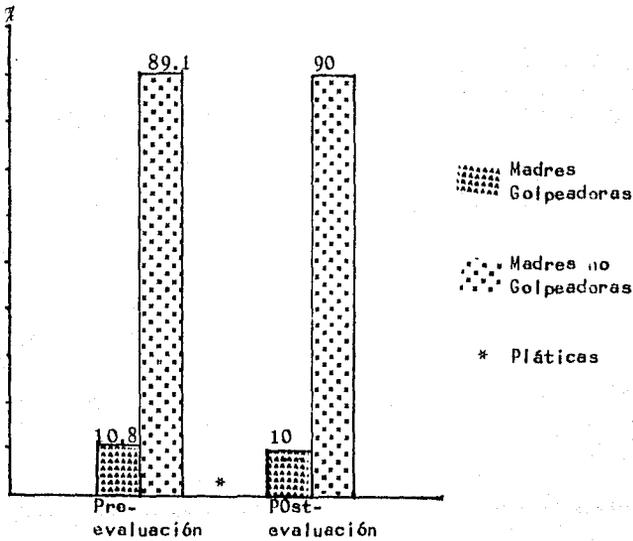
Comparación Porcentual de Madres que Golpean a su Hijo por que Lloro.
(antes y después de las pláticas.)



Fuente: Encuesta realizada en pacientes embarazadas de la UMF 33, del 26 VII año 25 VIII de 1982

Gráfica 16

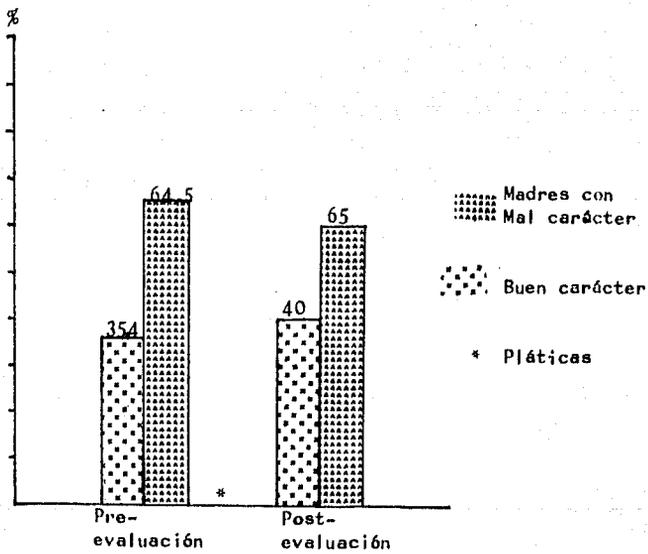
Comparación porcentual de Madres que Golpean a su hijo por que se orinan en la cama.
(antes y después de las pláticas)



Fuente: Encuesta realizada en pacientes embarazadas de la UMF 33, del 26 VII al 25 VIII de 1982.

Gráfica 17

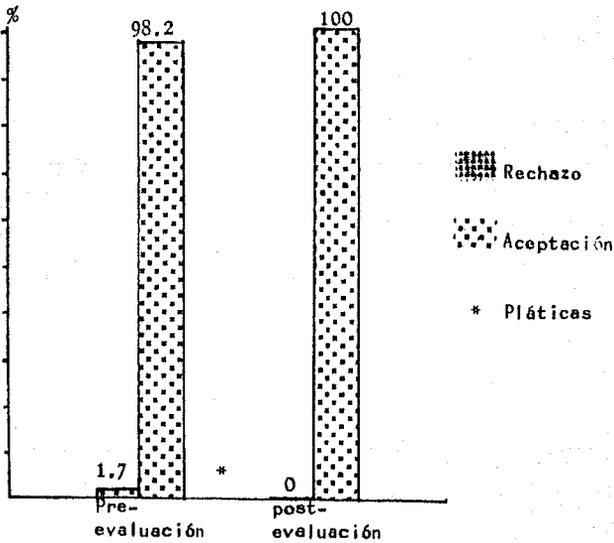
Comparación Porcentual de Madres con Mal Carácter
(antes y después de las pláticas)



Fuente: Encuesta realizada en pacientes de la UMF 33
del 26 VII al 25 VIII de 1982.

Gráfica no 18

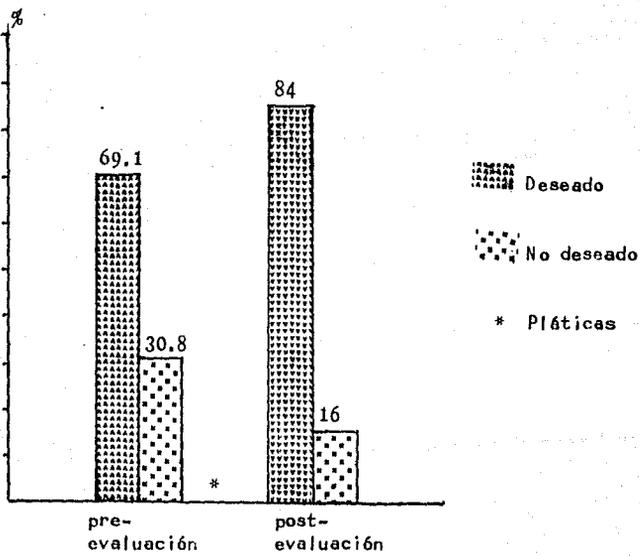
Comparación Porcentual de Madres que Rechazarían a su Hijo por no Ser del Sexo Deseado^o
(antes y después de la plática)



Fuente: Encuesta realizada en pacientes embarazadas de la UMF 33, del 26 VII a 25 VIII de 1982

Gráfica 19

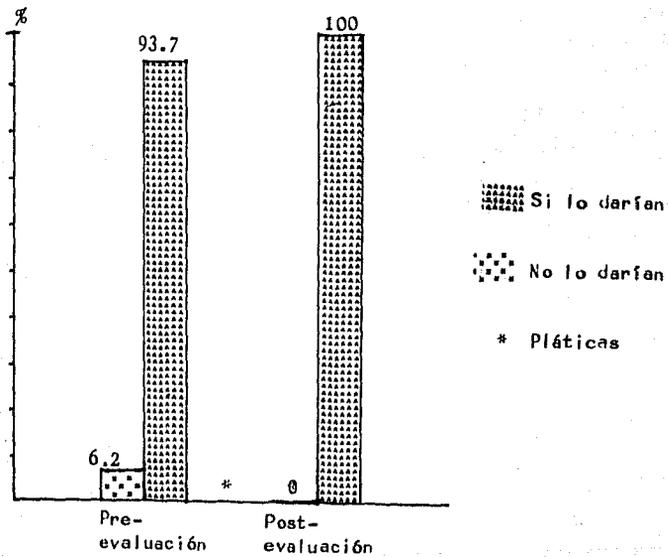
Comparación Porcentual de Madres con Embarazo No Deseado.
(antes y después de la plática)



Fuente: Encuesta realizada a pacientes embarazadas de la UNF
33, del 26 VII al 25 VIII de 1982

Gráfica 20

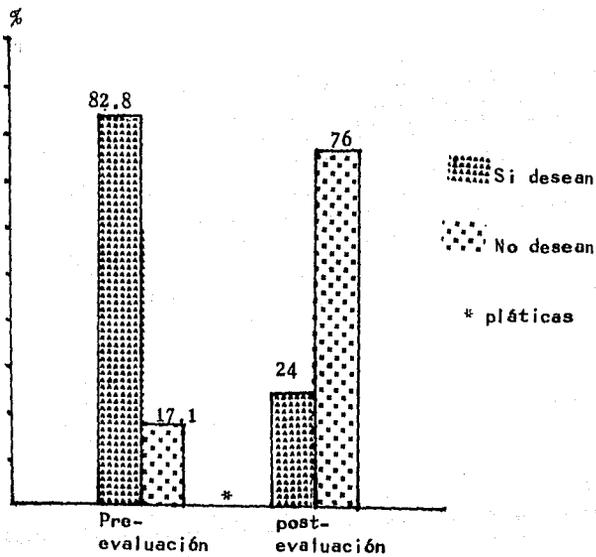
Comparación Porcentual de madres que darían a su Hijo en Adopción.
(antes y despues de la plástica)



Fuente : Encuesta realizada en pacientes embarazadas de la UMF 33, del 26 VII al 25 VIII de 1982.

Gráfica 21

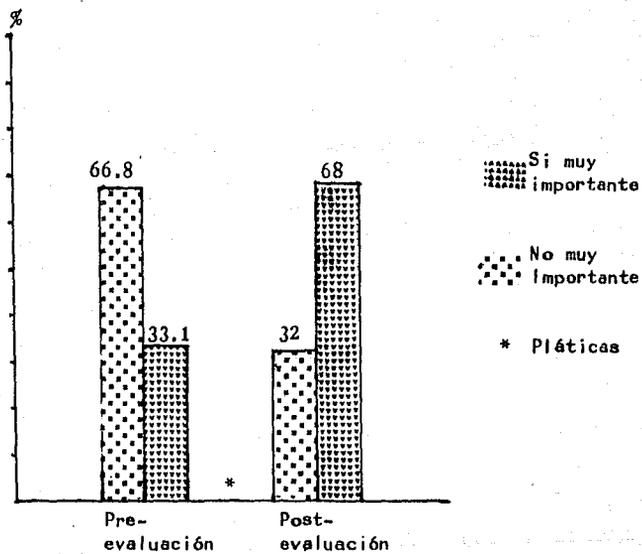
Porcentaje Comparativo de Madres embarazadas que
Desean conocer a su Hijo.
(antes y después de las pláticas)



Fuente: Encuesta realizada en pacientes embarazadas
de la IMF 33, del 26 VII al 25 VIII de 1982

Gráfica 22

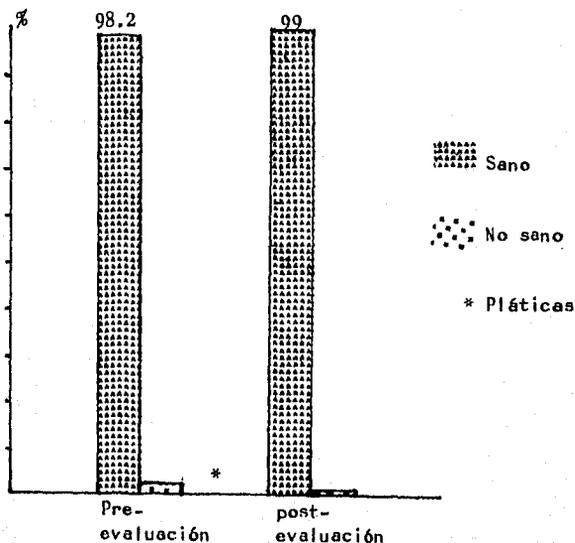
Comparación porcentual de madres embarazadas que desean que su hijo sea muy importante.
(antes y después de la pláticas)



Fuente: Encuesta realizada en pacientes embarazadas de la UMF 33, del 26 VII al 25 VIII de 1982

Gráfica 23

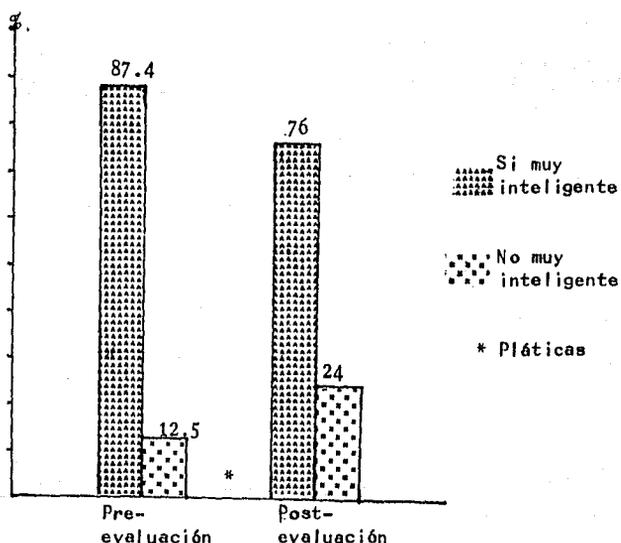
Comparación Porcentual de Madres que Desean que su Hijo nazca sano.
(antes y después de las pláticas)



Fuente: Encuesta realizada en pacientes embarazadas de la UMF 33, del 26 VII al 25 VIII de 1982

Gráfica 24

Comparación Porcentual de Madres que Desean que su Hijo sea Muy Inteligente (antes y después de la plática)



Fuente: Encuesta realizada en pacientes embarazadas de la UMF 33, del 26 VII al 25 VIII de 1982

8. CONCLUSIONES

En el presente estudio realizado en mujeres embarazadas - asistentes a la consulta de la Unidad de Medicina Familiar No. 33, pudimos comprobar que sí es posible identificar los factores predisponentes del Síndrome del Niño Maltratado, por lo -- que es pertinente en base a esta identificación, crear grupos de vigilancia y en lo posible hacer la prevención del mismo.

Se encontró que en la población estudiada el mayor porcentaje corresponde a madres jóvenes y que el nivel socioeconómico de las familias es bajo.

El grado de escolaridad reportado es similar al que se -- describe en las Estadísticas de Población General; es decir -- la escolaridad predominante es baja.

Dentro del rubro de Inestabilidad Conyugal, representado por el estado civil, el apoyo conyugal y la interrelación conyugal, se demostró que en mayor proporción la unión legal de - las parejas da pautas para mejorar la estabilidad. Así observamos que el mayor número de casos de inestabilidad conyugal, -- coinciden con madres en unión libre y solteras, en las que se comprobó la falta de apoyo e interrelaciones personales deficientes.

Comprobamos que la etiología del Síndrome del Niño Maltra-- tado es multifactorial.

Las madres jóvenes de medio socioeconómico bajo presentan la más alta incidencia de los factores predisponentes del Síndrome del Niño Maltratado, comparadas con madres jóvenes de otros niveles socioeconómicos.

Las madres jóvenes con antecedentes de maltrato en su niñez y con inestabilidad conyugal, en comparación con la población general, tienen un riesgo mayor de presentar el Síndrome del Niño Maltratado. (Cuadro 19)

La identificación de la madre embarazada con factores predisponentes tales como: alcoholismo, falta de apoyo conyugal, edad joven y solteras; con antecedentes de maltrato en su niñez, deben ser motivo de vigilancia constante para prevenir el Síndrome del Niño Maltratado; y de este modo proteger a la familia.

En una proporción elevada de casos, las intervenciones médicas ocurren tardíamente, cuando ya se ha producido en forma irreparable el daño físico o emocional al niño por lo que se hace énfasis en la prevención.

La rehabilitación materna representa un problema muy complejo que debe abordarse por un equipo multidisciplinario capacitado y especializado en el manejo de estos.

Las posibilidades de prevención primaria se limitan a identificar a las madres en período prenatal, con alto riesgo de llegar a maltratar a sus hijos .

Las madres con alto riesgo, identificadas en este estudio serán objeto de un programa de vigilancia, apoyo y modelación de cuyos resultados dependerá el desarrollo adecuado del hijo.

La educación sexual, el dar al hijo en adopción y la paternidad responsable, son medidas de diferente grado de dificultad o aceptación social, pero todas ellas capaces de prevenir el embarazo o hijo no deseado y de evitar así el maltrato a los niños.

Finalmente queremos llamar la atención de los profesionales de la salud con el propósito de que todos aquellos que -- en una u otra forma tengan contacto con mujeres en etapa de embarazo identifiquen los factores los factores predisponentes y proporcionen la orientación y el apoyo necesarios a fin de evitar el tan penoso caso del Síndrome del Niño Maltratado, vergüenza de una sociedad que se auto-denomina Civilizada.

9. BIBLIOGRAFIA

1. ARANA, Torrelío E. et Al; The Battered Child Syndrome; Preliminary Review in a Bolivian Pediatric Hospital; Bol Med, - Hosp, Infant. Mex 1979 ; Sep-Oct. Vol 35(5)923-30.
2. AYOUBRN, MSM; Burns as a Manifestation of Child Abuse and - Neglect. Am J Dis Child. Sep 1979 Vol 133(9) 910-14.
3. Bernal, Alfonso; Errores en la Crianza de los Niños; Edicio nes El Caballito, 1981. Méx.
4. COREY, Eleanor J; Factors Contributing to Child Abuse; Nur- sing Research; 1975 Jul August. Vol 24(4)292-95.
5. GOMEZ, S.E.; Síndrome del Niño Maltratado; Inédito.
6. CONN, Raquel; Funciones de la Familia; Medicina Familiar, - 2da Edición; Ed. Interamericana; 1974, pp 2-11.
7. FONCERRADA, Miguel; El Niño Víctima del Maltrato Físico; --- Revista Médica del IMSS; Sep-Oct 1982; Vol 20pp 457-469;
8. LINTON, Ralph; La Familia; Estudio del Hombre; Fondo de Cul- tura Económica; México 1977, pp 158-177
9. MARCOVICH, Jaime; Tengo Derecho a la Vida; Editores Méxica- nos Unidos; Primera Edición, México 1981.
10. MARCOVICH, Jaime, El Maltrato a los Hijos; Edicol SA. Prime- ra Edición .México 1978.
11. MURPHY, J.F.; Objective Birth Data and the Prediction of -- Child Abuse; Arch Dis Child; April 1981, Vol 56 (4) 295-7.
12. ORY, M.G.; Child Maltreatment and the Use of Social Services Public Health Rep; May- Jun 1981, Vol 96(3)238-45.
13. PALOMARES, Agustín; Niños Maltratados; Editores Mexicanos;- Primera Edición, Agosto de 1981.

14. SCHMITT, D; Currents Pediatrics Roles in Child Abuse and Neglect; Am J Dis Child; Jul 1979, vol 133(7)691-6.
15. SPINETTA, J.J; Parenteral Personality Factors in Child -- Abuse; Dec 1978; J Consult Clin Psychol, vol 46(6)1409-14.
- 16.