

11226
201.
2

Universidad Nacional Autónoma de México

DIVISION DE ESTUDIOS SUPERIORES
FACULTAD DE MEDICINA
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
HOSPITAL GENERAL DE ZONA No. 25 IGNACIO ZARAGOZA

ESTUDIO PRELIMINAR: **SINDROME DEL NIÑO MALTRATADO**

T E S I S
PARA OBTENER LA ESPECIALIDAD EN
MEDICINA FAMILIAR

P R E S E N T A N

DRA. MA. LUISA BAUTISTA LOPEZ
DRA. BLANCA ESTELA HERNANDEZ LEYVA
DR. ELISEO PEREZ CASTRO
DR. LUIS ROJAS RODRIGUEZ

culb

I. M. S. S. - HOSP.



1979





Universidad Nacional
Autónoma de México



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

	Página
I.- INTRODUCCION	1
2.- ANTECEDENTES	2
2:1. DEFINICION	
2:2. ASPECTOS HISTORICOS	
2:3. ASPECTOS ACTUALES MUNDIALES	
2:4. ASPECTOS ACTUALES EN MEXICO	
3.- JUSTIFICACION	6
4.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	8
5.- HIPOTESIS	9
6.- OBJETIVOS DE LA INVESTIGACION	10
7.- MATERIAL Y METODOS	11
7:1. LUGAR	
7:2. TIEMPO	
7:3. UNIVERSO DE TRABAJO	
7:4. OBTENCION DE DATOS	
7:5. ESTRATEGIAS	
7:6. CUESTIONARIOS	
7:7. CALIFICACION DE CUESTIONARIOS	
8.- SEGUIMIENTO DEL CASO PROBLEMA	14
8:1. ESTUDIO SOCIOECONOMICO	
8:2. FAMILIOGRAMA	
8:3. FUNCIONES DE LA FAMILIA	
9.- RESULTADOS Y ANALISIS	26
10.- RELATO DE UN CASO CLINICO	56
11.- CONCLUSIONES	59
12.- COMENTARIO	61
13.- BIBLIOGRAFIA	62

1.- INTRODUCCION.

La familia como unidad básica de la sociedad, y principalmente agente socializador, es de vital importancia para la armonía de integración y dinamismo de la familia; y por lo tanto los hijos son la base del futuro producto de la estructura familiar, factores biológicos, económicos, políticos y sociales en que se desarrolla, desde el momento de la concepción, a su integración como miembro activo de una comunidad.

En esta época se han notado cambios súbitos en la familia, con repercusiones inherentes a la transformación del país en vías de desarrollo; la dinámica familiar es alterada en forma apresurada por el medio y la sociedad que angustiada busca el mejor camino para resolver sus problemas, y en no pocas veces, frustrada de no lograr sus metas genera agresión, pobreza e incapacidad de relacionarse con los que le rodean.

Sin duda, el niño es el más afectado ya que en el transcurso de su vida va aprendiendo a comportarse de acuerdo a sus necesidades de adaptación propias de su familia y sociedad a la que pertenece.

Nuestros niños, más que nuestros recursos naturales son demasiado valiosos para desperdiciarlos. El futuro de los niños y el futuro de nuestro mundo son una misma cosa. (Kempe).

2.- ANTECEDENTES

2.1 DEFINICION

SINDROME DEL NIÑO MALTRATADO

Es el abuso de la fuerza física y/o psíquica en forma intencional, no accidental o actos de omisión, dirigidos a herir, lesionar o destruir a un niño, ejercida por parte de uno de los padres o de otra persona responsable del cuidado del menor. 16,27

2.2 ASPECTOS HISTORICOS

El maltrato de los hijos no es una condición nueva, se ha descrito desde hace varios siglos. La Biblia en el libro del Génesis (génesis 22) describe el maltrato como una justificación para agradar a Dios.

En las civilizaciones antiguas, el infanticidio, era una medida para eliminar a aquellos niños deformes o con enfermedades mentales como la epilepsia, sucesos descritos en Esparta, India, China y otros. Se recuerda la matanza ordenada por Herodes para todos aquellos niños que había en Belén y sus contornos, menores de dos años; ante el temor de la existencia de un ser superior a él (Nuevo Testamento según San Mateo). Así también tenemos que algunas creencias religiosas justifican el maltrato a los niños. 19,28

El primer caso registrado que hizo reflexionar al hombre, ocurrió en 1874 con Mary Allen Heller, una niña de 4 años de edad que recibía golpes y maltratos constantemente, a tal grado que los vecinos decidieron presentar su caso ante los tribunales. No obstante a los antecedentes no se llevó a cabo ninguna acción legal ya que el abuso en los niños no era

considerado un acto delictuoso. Fue presentada ante la corte, avalado por la "Sociedad protectora de animales", suponiendo que la criatura pertenecía a esta escala zoológica. Los argumentos fueron válidos y los agresores recibieron el castigo merecido. 16, 18, 19

Henry Kempe, en 1962 describe el Síndrome del Niño Maltratado como una entidad clínica y la define ampliamente - e incluso demuestra casuísticas que indican la magnitud del problema.

En México, históricamente se habla en el Códice Mendocino, en la primera sección explica algunas conductas en cuanto a la educación de los menores: como castigo a ciertos grupos indígenas, por ejemplo: El Grupo Mazahua castigaba la desobediencia del menor exponiéndolo al humo de chiles tostados, también eran colgados de los cabellos al mismo tiempo -- que apaleados o se les incaba sobre la grava mientras sostenían una piedra en la cabeza. Otros utilizaban la espina del magüey, el cual se clavaba en la lengua o en el cuerpo.

2.3 ASPECTOS ACTUALES MUNDIALES

En los últimos 20 años, la incidencia del Síndrome del Niño Maltratado es cada vez mayor, siendo los países desarrollados quienes tienen mejores registros e iniciativa para detectar el padecimiento; ejemplo de estos países son Estados Unidos de Norteamérica en donde la incidencia alcanza cifras alarmantes del 0.5% al 1% del total de la población menor de 18 años, es decir que 4 de cada 1000 familias abusan físicamente por lo menos de uno de sus hijos. Así como otros estudios del mismo país refieren que uno de cada 100 niños son maltratados. 20, 13, 7

Los anteriores estudios son comparables con cifras encontradas por Baldwin y Oliver en Inglaterra y Suiza, países cuyas condiciones socioeconómicas y culturales son similares.

En América Latina, Alanda y Casanovas efectúan una revisión preliminar de esta entidad mediante la casuística — aportada por los pacientes asistentes a un Hospital Pediátrico Boliviano, corroborando hallazgos clínicos indudables.

2.4 ASPECTOS ACTUALES EN MEXICO

En México, los primeros que abordan el tema parcialmente son los Doctores Riojas-Dávila y Manzano en el año de 1968 con la descripción de los aspectos radiológicos.

Se han reconocido casos de algunos centros pediátricos del IMSS, referidos por Rodríguez, R.S, que sobrepasan de 80.

En 1978, Jaime Marcovich y colaboradores sacan a la publicidad un libro titulado "El Maltrato a los Hijos", que es el producto del Simposio presentado en 1977 en nuestro País, se describe una casuística basada en el recopilación de casos tomados de notas rojas de periódicos y revistas. 19

En Junio de 1979, en la Primera Semana Internacional del Niño en el Hospital General de México de la Secretaría de Salubridad y Asistencia solo se presentaron ponencias de carácter netamente informativo.

En Octubre de 1979 Vicente J. Fontana hace posible la traducción al Español de su libro: "SOMEWHERE A CHILD IS CRYING Maltreatment- Causes and prevention. En México como "EN DEFENSA DEL NIÑO MALTRATADO", compendio que da un nuevo -

enfoque de esta patología, al individuo como tal que se desenvuelve en un ambiente social, económico y político causando de gran problemática en su vida cotidiana, así también factores biológicos del sujeto agresor y agredido.

Los días 3, 4 y 5 de diciembre de 1979, se realizó un simposio con el título de Síndrome del Niño Maltratado donde se trata de concientizar al equipo médico, a los maestros, educadoras, etc., de la importancia de este problema en nuestro país así como una extensa comparación con otros países desarrollados como Inglaterra y Estados Unidos. En cuanto, a factores desencadenantes, etiología, diagnóstico y tratamiento y prevención de dicho síndrome, llegando finalmente a la conclusión que debe tomarse como producto multicausal como resultado del medio ambiente en que se desenvuelve el individuo, con condiciones favorables y desfavorables para su desarrollo y el esfuerzo que el país llevara a la práctica para su prevención como es la asociación de padres anónimos, legislación para protección del niño, etc.....

3.- JUSTIFICACION

En base a lo antes mencionado, los estudios realizados en nuestro país son escasos, en cambio en los países desarrollados, los grupos de salud tienen técnicas ampliamente desarrolladas para la sospecha, de certeza diagnóstica y tratamiento adecuado a nivel hospitalario y de consulta externa, así como programas específicos para la protección del niño, tal como ha sido descrito por Desnick, Fontana, Lenoski y otros. - 6, 10, 11, 15, 17 y 21.

México, un país en vías de desarrollo con características propias y con deficiencias relativas en cuanto a materia de salud se refiere, aún su equipo de salud no conoce íntegramente el Síndrome o tal vez quieran ignorarlo solo habido en forma aislada, se desconoce su frecuencia puesto que no hay estudios de investigación científica serios al respecto o bien sí los hay son aislados, además que no existe un organismo que los concentre; solo se refieren simposios, revisiones bibliográficas del extranjero, otros revisan entidades aisladas del espectro del Síndrome del Niño Maltratado como son los aspectos radiológicos y psicológicos. 1, 5, 8, 14, 18, 26, 27.

Nuestro estudio en su gran mayoría comprende a los pobladores de Cd. Netzahualcoyotl, que es un municipio de más de 2.7 millones de habitantes, donde los pobladores son productos de la transferencia de arrabales fuera del Distrito Federal, que se implantaron en terrenos mal deseados, de origen lacustre rechazados por ser los más miserables, marginados social y culturalmente, con deficiencias sanitarias, explotados por los fraccionadores e incluso por el mismo estado.

Siendo marginados, viven en la pobreza, el Habitat es precario, buen número de desempleados cuyas preocupaciones más importantes son las de cubrir sus necesidades biológicas-

elementales.

La economía es paupérrima, solo el 62% de la población económicamente activa apenas percibe \$ 1,200.00 mensualmente. Usualmente son familias numerosas con más de 10 hijos el 42% procedente de distintas partes de la República Mexicana. Las madres con cierto grado de amargura producto de su agobiante peregrinar e incesante trabajo en el hogar, los padres algunos frustrados y con tendencia al alcoholismo crónico y los hijos carentes de cariño sin apoyo moral, dedicándose a vender chicles, Kleenex o limpiando parabrisas de automóviles con el objeto de sobrevivir a edad temprana. 9,25

Pensamos que estos son algunos de los múltiples factores que intervienen para la presentación de esta patología, aunque conocemos que este Síndrome no es una enfermedad exclusiva de la pobreza, nivel intelectual, raza o religión, apoyados en reportes hechos por Baldwin, Fontana, Wethers. 2,10,30

4.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En el Hospital General de Zona No. 25 "Ignacio Zaragoza" del Instituto Mexicano del Seguro Social, con una población derechohabiente de 158,024, en donde se tiene adscrita - 73,548 menores de 16 años. Impartiéndose un promedio de 4000 consultas de Urgencias en el Servicio de Pediatría, y con 10-años de servicio activo solo se han detectado 5 casos del Síndrome del Niño Maltratado, que fueron documentados parcialmente, cuyo ingreso fue motivado por otro padecimiento.

Esta frecuencia de este padecimiento no refleja la realidad del problema, si analizamos las condiciones de vida de los derechohabientes de esta unidad, como factores predisponentes para presentarse esta entidad clínica.

5.- HIPOTESIS

Consideramos que la frecuencia del Síndrome del Niño Maltratado detectada hasta el momento actual en el Hospital General de Zona No. 25 "Ignacio Zaragoza", del Instituto Mexicano del Seguro Social, es mayor que la registrada hasta la fecha.

6.- OBJETIVOS DE LA INVESTIGACION

- 6:1. Conocer la frecuencia con que se presenta el Síndrome - del Niño Maltratado en el Hospital General de Zona No.- 25 "Ignacio Zaragoza" del Instituto Mexicano del Seguro Social en un tiempo determinado.

- 6:2. Identificar cuales son los factores desencadenantes más frecuentes.

7.- MATERIAL Y METODOS

7:1. LUGAR:

El estudio se efectuará en el Hospital General de Zona - No. 25, "Ignacio Zaragoza" del Instituto Mexicano del Seguro Social a nivel del servicio de Urgencias de Pediatría.

7:2. TIEMPO:

El período de estudio comprende del 1o. de agosto al 31 de Octubre de 1979.

7:3. UNIVERSO DE TRABAJO:

La población sujeta a estudio serán todos aquellos derechohabientes del Instituto Mexicano del Seguro Social - que acuden a solicitar servicio de urgencia, de ambos - sexos, cuyas edades comprendan de 0 a 16 años sin tomar en cuenta estrato socioeconómico, origen o religión.

Los sujetos a estudio deberán reunir una o más de las - siguientes características, las cuales sean sugestivas - de agresión a criterio Médico Pediatra:

Quemaduras de cualquier grado.

Traumatismos.

Fracturas.

Lesiones dérmicas (recientes o antiguas).

Trastornos de conducta.

7:4. OBTENCION DE DATOS

A todos los casos sospechosos de maltrato se les efec - tuará un examen clínico completo con apoyo de estudios - radiológicos cuando así lo requiera (radiografías de -- Tórax, cráneo, huesos largos, etc...) y exámenes de la - boratorio con el fin de descartar patología orgánica an - te la presencia de petequias, equimosis y procesos in -

flamatorios, los estudios elementales serán: Biome -
tría Hemática Completa y Examen General de Orina, con -
mayor énfasis en los casos que presenten Hematuria Ma -
croscópica por sospecha de un traumatismo renal o de -
vías urinarias, en los casos que se juzgue conveniente
se completaran los estudios con pruebas de coagulación,
cuantificación de plaquetas, tiempo de protrombina, --
tiempo parcial de tromboplastina y reticulocitosis.

7:5. ESTRATEGIA

A los pacientes sospechosos por presentar una o más de
las lesiones antes mencionadas y que sean capaces de
responder a las preguntas formuladas, con edad mínima -
de 3 años y máxima de 16 años se les aplicará un cues -
tionario (anexo 1), que consta de 10 preguntas, orien -
tando a obtener antecedentes de maltrato, elaborado en
forma conjunta con el Psiquiatra de la Unidad e Invest -
tigadores de este estudio.

Dicho cuestionario se aplicará a los pacientes selec -
cionados al momento de su detección con preguntas diri -
gidas en un lapso de 10 a 15 min.

A los padres de los niños sospechosos se les aplicará -
un cuestionario que es proporcionado por la Asociación
Pro-Derechos de la Niñez (APRODENI). Este cuestiona -
rio (anexo 2) será efectuado en un tiempo aproximado -
de 60 minutos en su domicilio por los residentes de se -
gundo año de Medicina Familiar, autores del estudio. -
Se abordarán las siguientes áreas: Actitud de los pa -
dres al sector médico, datos generales (sexo, edad, es -
colaridad, etc..), antecedentes epidemiológicos de al -
coholismo, empleo y desempleo. Historia de Embarazo, y
parto de paciente en estudio. Antecedentes de maltrato
en los padres, estructura familiar.

7:6. CUESTIONARIOS. (ANEXO 1)

7:7. CALIFICACION DE LOS CUESTIONARIOS

Analizados ambos cuestionarios, se integrará el diagnóstico de Síndrome del Niño Maltratado. A tales pacientes junto con sus padres serán motivo de un estudio integral de su familia para encontrar los probables factores que desencadenaron el maltrato.

8:- DINAMICA FAMILIAR

8:1. ESTUDIO SOCIOECONOMICO

Proporcionado por el coordinador de la residencia de -
Medicina Familiar del Hospital General de Zona No. 25 -
"Ignacio Zaragoza" del Instituto Mexicano del Seguro So-
cial modificado por los investigadores. (anexo 3).

8:2. FAMILIOGRAMAS

Encaminado a obtener en forma gráfica y sencilla algu-
nos datos de importancia como son: número de integran-
tes, estado civil, ausencia de algún progenitor, rela-
ciones intra y estrafamiliares, creación de subsiste-
mas.

8:3. FUNCIONES DE LA FAMILIA

Las funciones básicas de la familia a estudiar serán: -
Afecto, reproducción, atención, socialización y status-
descritas por Cohn H. F.

TEST PARA EL NIÑO: SOSPECHA DEL NIÑO MALTRATADO

- 1.- COMO TE PORTAS EN TU CASA
 - a). Bien
 - b).- Regular
 - c). Mal
- 2.- ¿CUANDO TE PORTAS MAL TE CASTIGAN?
 - a). Nunca
 - b).- A veces
 - c). Siempre
- 3.- ¿QUIEN TE CASTIGA?
 - a). Otros
 - b).- Hermanos
 - c). Padres
(padre y/o madre)
- 4.- ¿CASTIGAN A TUS HERMANOS?
 - a). Nunca
 - b).- A veces
 - c). Siempre
- 5.- ¿A QUIEN CASTIGAN MAS?
 - a). A mis hermanos
 - b).- A mí
 - c). A todos
- 6.- ¿POR QUE TE CASTIGAN?
 - a). Por travieso y/o desobediencia
 - b).- Otros
 - c). Por nada
- 7.- ¿COMO TE CASTIGAN?
 - a). Verbal (llamadas de atención)
 - b).- Aislado
 - c). A golpes o más
- 8.- ¿CADA CUANDO LOS CASTIGAN?
 - a). Nunca
 - b).- A veces
 - c). Siempre
- 9.- ¿QUE SIENTES CUANDO TE CASTIGAN?
 - a). Nada
 - b).- Miedo-temor
 - c). Coraje y/o rabia
- 10.- ¿TIENES PESADILLAS FRECUENTEMENTE?
 - a). No
 - b).- A veces
 - c).- Si

ANEXO 2

"APRODENI"

ASOCIACION PRO DERECHOS DE LA NIÑEZ

"SINDROME DEL NIÑO MALTRATADO"

Fecha en que se recibió el reporte: _____

Fecha en que se completó el reporte: _____

NOMBRE DEL PADRE / SUBSTITUTO (s) RELACION EDAD SEXO

1.- _____

2.- _____

Nombre y apellidos

HIJOS RELACION EDAD SEXO

A.- _____

B.- _____

C.- _____

D.- _____

E.- _____

F.- _____

OTRAS PERSONAS EN CASA

G.- _____

H.- _____

ALGUNA OTRA PERSONA QUE HAYA MOLESTADO AL NIÑO QUE NO SEA ALGUNO DE LOS PADRES O PERSONAS QUE VIVAN EN SU CASA.

I.- _____

J.- _____

RELACION

V.- VICTIMA

M.- MOLESTADOR

N.- NO INVOLUCRADO

A.- PARTICIPANTE PASIVO

A.- HIJO NATURAL

B.- HIJO ADOPTADO

C.- HIJASTRO

D.- NIÑO RECOGIDO

E.- ABUELOS

F.- HERMANOS

G.- NANA/GUARDERIA

H.- OTRO PARIENTE

I.- EMPLEADOS DE LA ESCUELA

J.- MAESTRO

K.- DESCONOCIDO

L.- OTRO.

ANEXO 2

"APRODENI"

"SINDROME DEL NIÑO MALTRATADO"

ESTADO CIVIL DE LOS PADRES/SUBSTITUTOS

- | | |
|--|------------------------------------|
| A.- RELIGIOSAMENTE CASADOS | B.- LEGALMENTE CASADOS |
| C.- UNION LIBRE | D.- DIVORCIADOS/SEPARADOS |
| E.- VIUDO/VIUDA | F.- ESPOSO (a) TEMPORALMENTE FUERA |
| G.- ESPOSO (a) AUSENTE PERMANENTEMENTE | H.- OTRO (ESPECIFICAR) |

a).- DIRECCION DE LA FAMILIA CIUDAD TELEFONO

b).- DIRECCION DEL MOLESTADOR SI ES DISTINTA A LA DE LA FAMILIA: CIUDAD TELEFONO

c).- PERSONA QUE LLENA LA FORMA: _____

Ocupacion u AGENCIA: _____

DIRECCION Y TELEFONO: _____

EXPLICACION DE SU QUEJA: _____

¿QUIEN HIZO EL REPORTE INICIAL?

- | | |
|-------------------------------------|------------------------------|
| A.- MEDICO PRIVADO | K.- JUZGADO |
| B.- HOSPITAL/MEDICO DE LA CLINICA | L.- AGENCIA POLICIACA |
| C.- HOSPITAL/PERSONAL DE LA CLINICA | M.- EXAMINADOR MEDICO |
| D.- ENFERMERIA | N.- VICTIMA |
| E.- ENFERMERA DE LA ESCUELA | O.- FAMILIARES |
| F.- MAESTRO | P.- HERMANOS |
| G.- PERSONAL DE LA ESCUELA | Q.- PADRES |
| H.- GUARDERIA | R.- ANONIMO |
| I.- AGENCIA FEDERAL | S.- AMISTADES/VECINOS |
| J.- AGENCIA PRIVADA | T.- OTRO (ESPECIFICAR) _____ |
-

ANEXO 2

"APRODENI"

"SINDROME DEL NIÑO MALTRATADO"

NOMBRE DEL PACIENTE: _____

FECHA _____ EDAD _____ SEXO _____

PESO _____ P.C. _____ P.A. _____

TALLA _____ P.T. _____ ESCOLARIDAD _____

DOMICILIO: _____

NOMBRE DEL PADRE: _____

EDAD SEXO OCUPACION RELIGION

NOMBRE DE LA MADRE: _____

EDAD SEXO OCUPACION RELIGION

TIPO DE LESION: (ESPECIFICAR) _____

ANTECEDENTES EPIDEMIOLOGICOS (PADRES)

- a).- ALCOHOLISMO
- b).- DROGADICCION
- c).- CARACTERISTICAS DE LA VIVIENDA (No. de Cuartos)
- d).- CUANTAS PERSONAS VIVEN EN LA CASA
- e).- CUANTAS PERSONAS DUERMEN EN LA CASA
- f).- EMPLEO/DESEMPLEO

ANEXO 2

"APRODENI"

"SINDROME DEL NIÑO MALTRATADO"

ANTECEDENTES DE LOS PADRES:

Padre - Madre

- a).- GOLPEADOS O CARENTES DE AFECTO EN SU NIÑEZ
- b).- ANTECEDENTES DE ENFERMEDADES MENTALES O SOMATOPATIAS.
- c).- ABUSOS FISICOS EN EL PASADO.
- d).- AISLAMIENTO SOCIAL.
- e).- EXABRUPTOS DE LOS PADRES HACIA EL NIÑO U OTRA PERSONA.
- f).- ¿CUAL ES LA IDEA QUE TIENEN SOBRE EL HIJO?
- g).- ¿HAY PREDILECCION POR ALGUNO DE LOS HIJOS?
- h).- ¿TIENEN SATISFACCION AL VER COMO ACTUA SU HIJO?
- i).- ¿EL NIÑO LES COMPENSA SUS ESFUERZOS EN ALGUNA FORMA?
- j).- ¿SE SIENTEN SATISFECHOS CON EL NIÑO?
- k).- ¿ES UN NIÑO DIFICIL O REBELDE?
- l).- ¿FUE UN NIÑO NO DESEADO?
- m).- ¿COMO SE LLEVAN LOS PADRES? (especificar).

CAUSAS DE LA AGRESION:

LLANTO

TRAVESURAS

DESOBEDIENCIA

NO TRAIA DINERO A LA CASA

NO CONTROLABA ESFINTERES

MASTURBACION

OTRAS: _____

ESPECIFICAR CAUSA _____

ANEXO "

"APRODENI"

"SINDROME DEL NIÑO MALTRATADO"

ANTECEDENTES DE LOS PADRES ANTES DEL NACIMIENTO:

COMPORTAMIENTO DE LOS PADRES.

- 1.- ¿PREOCUPACION EXCESIVA DEL RENDIMIENTO QUE VA A TENER EL BEBE? _____
- 2.- ¿LOS PADRES MANIFESTARON UNA PREOCUPACION EN RELACION AL SEXO DEL BEBE? _____
- 3.- ¿LA NEGACION DEL EMBARAZO, CUANDO LA MADRE NO QUIERE SUBIR DEL PESO O CUANDO LOS PADRES SE NEGAN A HABLAR DEL EMBARAZO? _____
- 4.- ¿PENSARON ALGUNAS VECES SERA UNA CARGA ESTE BEBE PARA LA FAMILIA? _____
- 5.- ¿DEPRESION POR EL EMBARAZO? _____
- 6.- ¿ESTA LA MADRE MUY ASUSTADA, MUY SOLA EN RELACION A LOS CAMBIOS FISICOS DURANTE EL PARTO? _____
- 7.- ¿FALTA DE APOYO DEL MARIDO O DE LA FAMILIA? _____
- 8.- LA MADRE O EL PADRE, ¿QUERIAN ANTES UN ABORTO?, SIN EMBARAZO ERA DEMASIADO TARDE _____
- 9.- HAN CONSIDERADO LOS PADRES CEDER AL NIÑO EN ADOPCION, Y ¿POR QUE HAN CAMBIADO DE OPINION, EN EL MOMENTO DEL NACIMIENTO EN EL HOSPITAL? _____
10. ¿EL EMBARAZO FUE CONSIDERADO POR EL PADRE COMO PRETEXTO O MOTIVO DE MANTENER LA RELACION? _____

ANEXO 2

"APRODENI"

"SINDROME DEL NIÑO MALTRATADO"

ALGUNAS CARACTERISTICAS DE LOS PADRES EN EL MOMENTO DEL NACIMIENTO.

1.- ¿QUE ACTITUD ADOPTO LA MADRE EN EL MOMENTO DEL NACIMIENTO?

2.- ¿CUAL FUE LA REACCION DEL PADRE? _____

3.- ¿DECEPCION SOBRE EL SEXO DEL BEBE? _____

4.- ¿REACCION HOSTIL O VERBALIZACIONES INADECUADAS? _____

5.- ¿AUSENCIA DE CONTACTO OCULAR? _____

6.- ¿FALTA DE COMUNICACION ENTRE LOS PADRES? _____

7.- PESO AL NACIMIENTO _____

TALLA _____

INCUBADORA _____

¿CUANTO TIEMPO? _____

ANEXO 2

"APRODENI"

"SINDROME DEL NIÑO MALTRATADO"

CAUSAS DE LA AGRESION:

1.- ¿COMO SE PRODUJERON LAS LESIONES? _____

2.- ¿ADONDE SE COMETIO EL ABUSO? _____

3.- ¿QUE ES LO QUE SUCEDIO? (dejar hablar a los padres) _____

4.- VERSION DEL PADRE: _____

VERSION DE LA MADRE: _____

VERSION DEL PACIENTE: _____

OTRO CONTACTO: _____

5.- ¿QUE TIEMPO TRANSCURRIO DESDE QUE SE PRODUJERON LAS LESIONES, HASTA QUE ACUDIO AL HOSPITAL O A ESTE CENTRO?

6.- HABITOS EXTERIOR Y ACTITUDES DEL PACIENTE: _____

ANEXO 2

"APRODENI"

"SINDROME DEL NIÑO MALTRATADO"

ACTITUD EN EL MOMENTO DE LA ENTREVISTA: _____

¿ACUSACIONES ENTRE LOS PADRES? _____

¿CAMBIAN LA HISTORIA FRECUENTEMENTE? _____

OTRAS ACTITUDES: _____

CARACTERISTICAS DE LAS LESIONES

HEMATOMAS

FLICTENAS

ESCARAS

LESIONES (ESPECIFICAR)

QUEMADURAS

LESIONES CEREBRALES

LESIONES ABDOMINALES

FRACTURAS

DESNUTRICION

PROBLEMAS DE CONDUCTA

OTROS (Especificar) _____

¿HAY DISCREPANCIA ENTRE LAS CARACTERISTICAS DE LAS LESIONES Y LA HISTORIA CLINICA? _____

EXPLORACION FISICA: _____

DATOS DE LABORATORIO Y GABINETE:

BIOMETRIA HEMATICA

EXAMEN GENERAL DE ORINA

PRUEBAS DE COAGULACION

RADIOGRAFIAS

OTRAS _____

ANEXO 2

"APRODENI"

"SINDROME DEL NIÑO MALTRATADO"

- 1.- DESCRIBA UN DIA DE RUTINA: _____

- 2.- ¿DE TODAS ESTAS ACTIVIDADES, EN CUALES Y COMO PARTICIPA -
EL PACIENTE? _____
- 3.- TIPO DE FAMILIA _____

- 4.- JERARQUIA DE MANDO:

- 5.- ¿CUALES SON LOS TEMAS QUE LA FAMILIA CONSIDERA MAS IMPOR-
TANTES PARA PLATICAR?

FOTOGRAFIAS	SI	NO
GRABACION	SI	NO

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
ESTUDIO MEDICO Y SOCIOECONOMICO FAMILIAR
CLINICA HOSPITAL N°25
ESPECIALIDAD DE MEDICINA FAMILIAR

ANEXO -3

No. _____

1.- FICHA DE IDENTIFICACION:

NOMBRE _____
DOMICILIO _____
FECHA DE ESTUDIO _____
EDAD _____ SEXO _____ ESCOLARIDAD _____

2.- VIVIENDA

CONDICIONES DE LA HABITACION _____ AGUA _____
EXCIBETAS _____ ENERGIA ELECTRICA _____ GAS _____
ESTUFA _____ T.V. _____ REFRIGERADOR _____ HACINAMIENTO _____
PROMSUCIDAD _____ CONDICIONES FAVORABLES
AMBIENTALES _____

3.- ALIMENTACION

LACTANTES PROTEINAS _____ C.H. _____ GRASAS _____ GLOBAL _____
PREESCOLARES PROTEINAS _____ C.H. _____ GRASAS _____ GLOBAL _____
ADULTOS PROTEINAS _____ C.H. _____ GRASAS _____ GLOBAL _____

4.- DATOS ECONOMICOS

INGRESO MENSUAL _____
EGRESOS MENSUALES _____
ALIMENTACION _____ VESTIDO _____ RENTA _____ ABONOS _____
DIVERSIONES _____ AHORROS _____ TRANSPORTE _____ OTROS _____

5.- ORGANIZACION FAMILIAR

NUMERO DE MIEMBROS _____ NUMERO DE HIJOS _____
MAYORES DE 12 AÑOS _____ MAYORES DE 12 AÑOS PRODUCTIVOS _____
MAYORES DE 12 AÑOS IMPRODUCTIVOS _____ ANALFABETA S _____
ALCOHOLISMO _____ TABAQUISMO _____ ENFERMOS CRONICOS _____
ESTRUCTURA FAMILIAR _____ CONSOLIDACION FAMILIAR _____
DURACION _____ ACTIVIDAD RECREATIVA POSITIVA _____

9.- RESULTADOS Y ANALISIS

El estudio fue realizado del primero de agosto al 31 de Octubre de 1979; lapso en el cual se proporcionaron -- 8067 consultas en el Servicio de Urgencias de Pediatría, de las cuales 1759 (21.8%) corresponden a las lesiones previamente establecidas para la investigación sugestivas o no de maltrato y que a continuación se describen:

TIPO DE LESION	No. DE CASOS	PORCIENTAJE
ESCARAS O HERIDAS	620	35.24
TRAUMATISMOS EN GENERAL	553	31.43
T.C.E.	325	18.47
FRACTURAS	142	8.07
QUEMADURAS	107	6.07
LESION ABDOMINAL	4	0.22
DESNUTRICION	2	0.11
HEMATOMAS	1	0.05
OTROS	5	0.28
TOTAL	1759	100.00

De las 6308 consultas restantes (78.2%), se incluyen padecimientos tales como: Infecciones de vías aéreas superiores e inferiores así como también infecciones gastrointestinales, dadas las características del servicio.

Como puede observarse en el cuadro anterior el Diagnóstico de Desnutrición, únicamente se estableció en 2 casos-- ya que el médico omite esta entidad clínica.

De los 1759 niños que presentaron alguna de las lesiones antes descritas, en 53 casos (3.01%), se sospechó el Síndrome del Niño Maltratado, por lo cual se les aplicó el cuestionario (Anexo 1), así como a sus padres (Anexo 2), con-

firmándose el diagnóstico en 8 casos (0.45%).

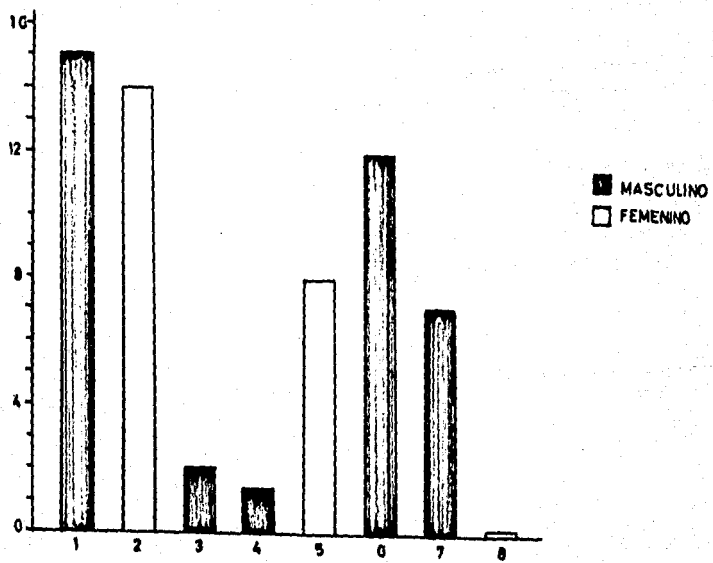
En ningún momento la frecuencia encontrada refleja la magnitud del problema, sin embargo al comparar la cifra -- con la registrada en 10 años de servicio de esta Unidad, (5 - casos), sí es de llamar la atención, tomando en cuenta además que es la primera vez que se busca en forma intencional y en corto tiempo, (3 meses) esta patología.

De los 8 pacientes en quienes se confirmó el Síndrome de Niño Maltratado, encontramos que sus edades fluctuaron entre 2 meses a 15 años, con una edad promedio (Aritmético) de 7.14 años, predominando los niños en edad escolar en el -- 62.5%, cifra que no es comparable con los estudios de Elmer, - y Fontana en Estados Unidos de Norteamérica, Salwin en Inglaterra y Marcovich en México, los cuales encuentran que la mayor incidencia es en lactantes y preescolares respectivamente 7,10,2,19. (Gráfica 1)

El sexo masculino predominó en el 62.5% de los niños cifra semejante a la encontrada en los estudios de los autores antes mencionados. En cuanto a la escolaridad de los - pacientes uno de ellos cursó la primaria completa, en el momento actual sin continuar sus estudios y sin ocupación, 4 están cursando la primaria en Sexto, cuarto, tercero y segundo año respectivamente; otro es un preescolar y 2 son lactantes. Cinco de ellos han reprobado un año escolar y todos tienen bajo rendimiento en sus estudios.

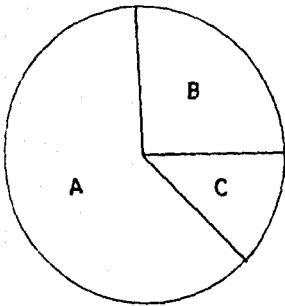
Su estado nutricional es adecuado en 5 casos, existiendo un desnutrido de segundo grado y 2 con desnutrición de primer grado. Se hace mención que la desnutrición ha sido un parámetro para el diagnóstico de Síndrome de Niño Maltratado en países desarrollados con otro Sistema Socioeconómico como son Estados Unidos de Norteamérica, Inglaterra, Suecia y - - otros, pero esto no es aplicable en nuestro país en vista de

GRAFICA - 1
CORRELACION: EDAD - SEXO



que la mayoría de la población presenta desnutrición en grados variables, lo cual sería motivo de otro estudio. Gráfica 2

ESTADO NUTRICIONAL DEL PACIENTE



A) NORMAL	(62.5 %)
B) DESNUTRICION 1er GRADO	(2.5 %)
C) DESNUTRICION 2o. GRADO	(12.5 %)

GRAFICA 2

Los motivos de consulta fueron los siguientes:

- Caso 1: Traumatismo craneoencefálico.
- Caso 2: Conmoción Cerebral y Crisis Convulsivas.
- Caso 3: Crisis convulsivas.
- Caso 4: Quemaduras por agua en ebullición.
- Caso 5: Epistaxis Traumática.
- Caso 6: Probable Apendicitis Aguda y Trastornos de Conducta.
- Caso 7: Terrores Nocturnos.
- Caso 8: Gastroenteritis y aumento de volumen del brazo derecho.

Aclaremos que el Caso No. 6, fue sometido a Apendicestomía Profiláctica, en vista de que no se encontró ninguna patología intrabdominal durante el acto quirúrgico, persis —

tiendo los trastornos de conducta. En este caso se comprobó tanto la agresión por parte de los padres como el traumatismo médico innecesario. (27).

El tipo de lesión encontrada, fue la siguiente:

- Caso 1: Hematoma parietal derecho.
- Caso 2: Aumento de volumen de partes blandas de Craneo, con moción cerebral y crisis convulsivas generalizadas-secundarias.
- Caso 3: Fractura antigua de craneo, frontoparietal lineal - de 4 cm. de longitud.
- Caso 4: Quemadura de primero y segundo grado en área frontal derecha, cara anterior y posterior de torax y - abdomen, cara interna del brazo derecho, ambas muslos cara interna y externa. Esta quemadura se cuantificó en el 30% de la superficie corporal total.
- Caso 5: Lesión de mucosa nasal, trastornos de conducta, rebeldía a la autoridad materna y bajo rendimiento escolar.
- Caso 6: Trastornos del lenguaje (Dislalia) y depresión.
- Caso 7: Trastornos de conducta, rebeldía a la autoridad materna y bajo rendimiento escolar.
- Caso 8: Fractura antigua de tercio medio de humero derecho, gastroenteritis por mala técnica alimenticia y Desnutrición de 2o. grado. (Cuadro 1)

De los ocho casos, en siete no se mencionó en ningún momento por parte de los padres o familiares situaciones de agresión e incluso las negaron. En el único paciente restante, la madre refiere en forma accidental durante el interrogatorio que su hijo había sido lesionado en forma intencio

CUADRO - 1

CORRELACION ENTRE MOTIVOS DE CONSULTA Y LESIONES ENCONTRADAS

NºCASO	EDAD	SEXO	MOTIVO DE CONSULTA	LESION ENCONTRADA
1	15 años	MASC.	TRAUMATISMO CRANEOENCEFALICO	HEMATOMA PARIETAL DERECHO
2	12 años	FEM.	CONMOCION CEREBRAL Y CRISIS CONVULSIVA	AUMENTO DE VOLUMEN DE PARTES BLANDAS DE CRANEO, CONMOCION CEREBRAL, CRISIS CONVULSIVAS
3	8 años	MASC.	CRISIS CONVULSIVAS	FRACTURA ANTIGUA DE CRANEO DE 4cm.
4	14 meses	MASC.	QUEMADURAS POR AGUA EN EBULLICION	QUEMADURAS DE 1º y 2º GRADO EN 20% DE LA SUPERFICIE CORPORAL
5	8 años	FEM.	EPISTAXIS TRAUMATICA	LESION DE MUCOSA NASAL Y TRASTORNOS DE CONDUCTA
6	12 años	MASC.	PROBABLE APENDICITIS AGUDA Y TRASTORNOS DE CONDUCTA	TRASTORNOS DEL LENGUAJE Y DEPRESION
7	7 años	MASC.	TERRORES NOCTURNOS	TRASTORNOS DE CONDUCTA
8	2.5 años	FEM.	GASTROENTERITIS Y AUMENTO DE VOLUMEN, BRAZO DERECHO	FRACTURA ANTIGUA DE TERCERO MEDIO DE HUMERO, GASTROENTERITIS, DESNUTRICION II GRADO

nal por la vecina que cuida de su hijo mientras ella acude a su trabajo.

El lugar donde se cometió el abuso, fue el domicilio de los pacientes en 7 casos y solo uno, en otro sitio (casa de la vecina).

En cuanto al test que fue aplicado al paciente -- (Anexo 1), se obtuvieron los siguientes datos en 5 de los pacientes que fueron capaces de responder las preguntas: El -- 100% respondió que constantemente eran castigados por desobediencia y/o travesuras, siendo el agresor la madre en 3 casos y en 2 el padre. La forma de castigo fue a golpes y con agresión de tipo verbal, provocando en 3 de los pacientes temor o miedo y en 2 coraje o rabia.

Consideramos que este test por si solo no puede tener un valor diagnostico, sino que solo forma parte del estudio global del paciente.

Con respecto a el cuestionario aplicado a los padres se encontraron los siguientes resultados:

La edad del padre fluctuó entre 24 y 54 años y la de la madre entre 23 y 49 años de edad como puede observarse en el siguiente cuadro:

EDAD DE LOS PADRES

EDAD	PADRE	%	MADRE	%
20- 30 AÑOS	4	50.0	4	50.0
31- 40	2	25.0	2	25.0
41- 50	0	0	2	25.0
51-60	2	25.0	0	0
TOTAL	8	100.0	8	100.0

CUADRO - 2

Como puede observarse en el cuadro anterior, la edad predominante de los padres se encuentra en la tercera década de la vida (50%), lo cual indica que se trata de matrimonios jóvenes, con pocos años de haberse formado.

La escolaridad del padre fue en el 75% primaria completa y 2 con primaria incompleta. Las madres el 50% con primaria completa, el 37.5% primaria incompleta y solo una madre — (12.5) analfabeta. (Cuadro 3)

ESCOLARIDAD DE LOS PADRES

ESCOLARIDAD	PADRE	%	MADRE	%
PRIMARIA COMPLETA	6	75.0	4	50.0
PRIMARIA INCOMPLETA	2	25.0	3	37.5
ANALFABETA	0	0.0	1	12.5
TOTAL	8	100.0	8	100.0

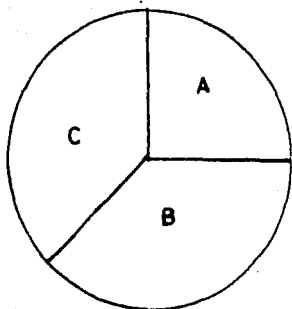
CUADRO - 3

Es importante tener en cuenta que la madre tiene menor porcentaje de escolaridad, lo cual repercute en una deficiente identificación en su rol de educadora con respecto a sus hijos.

La ocupación de los padres es en 4 casos de obreros, y en 4 casos de empleado, percibiendo salario mínimo en 5 de ellos y en 3 sueldos mayores a éste sin sobrepasar a los -- \$ 10,000.00 mensuales. Todos han desarrollado esta actividad por más de un año en forma constante. El 100% de las madres se dedican a las labores del hogar y solo una de ellas ayuda en su trabajo a su esposo. Todos los progenitores profesan la religión católica, teniendo en cuenta que en nuestro país el catolicismo es esencialmente por inercia y no por convicción. Este dato por lo tanto no es de utilidad para el presente estudio.

Entre los antecedentes epidemiológicos encontramos que el padre es alcohólico en el 100% de los casos, 2 clasificados como leves (alcoholismo ocasional), 3 moderados (el que llega a la embriaguez cada 15 días o cada mes) y 3 en forma severa, (el que llega a la embriaguez cada semana o menos). Uno de ellos aparte de ser alcohólico es adicto a la marihuana en forma ocasional. Gráfica 3

ANTECEDENTES DE ALCOHOLISMO



- A) LEVE (25 %)
- B) MODERADO (37.5 %)
- C) SEVERO (37.5 %)

GRAFICA - 3

El alcoholismo existe porque creen satisfacer una - necesidad psicológica intensa, como una puerta de escape a - las tensiones producidas por conflictos, frustraciones y resentimientos consecuentes. Es decir, que buscan el alcohol el - alivio a las angustias y tensiones que les produce el no sa - tisfacer sus necesidades básicas, lo cual indudablemente pue - de ser canalizado en agresión hacia sus hijos. (Noyes, 1973)

Existió antecedente de maltrato en los padres en 5- casos (62.5%) y en 3 no lo hubo (37.5%). En un solo caso - - (12.5%) existió antecedente de enfermedad mental (la madre ba - jo tratamiento psiquiátrico antes de descubrirse el caso).

De lo anterior se deduce que los padres golpeadores fueron hijos golpeadores tal como lo han descrito autores co - mo Balwin, Kempe, Gershenson y otros. (2, 13, 16, 29).
Cuadro 4.

**ANTECEDENTES DE MALTRATO
EN LOS PADRES**

ANTECEDENTES DE MALTRATO	PADRE	%	MADRE	%
EXISTIO	5	62.5	4	50
NO EXISTIO	3	37.5	4	50
TOTAL	8	100	8	100

CUADRO - 4

Los padres manifestaron estar satisfechos del rendimiento y comportamiento de sus hijos en solo 3 casos, en 5 hubo franca insatisfacción, tanto para la madre como para el padre, agregando que son hijos difíciles de controlar, factor que puede predisponer al maltrato en los hijos. Cuadro 5

**SATISFACCION EN CUANTO AL COMPORTAMIENTO
Y RENDIMIENTO DEL HIJO**

OPINION	PADRE	%	MADRE	%
SATISFACCION	3	37.5	3	37.5
INSATISFACCION	5	62.5	5	62.5
TOTAL	8	100.0	8	100.0

CUADRO - 5

Sumándose a los datos anteriores solo el 25% de las madres habían deseado el embarazo y los padres solo el 50%, - como puede observarse en el siguiente cuadro: Cuadro 6

EMBARAZO DESEADO

OPINION	PADRE	%	MADRE	%
DESEADO	4	50.0	2	25.0
NO DESEADO	4	50.0	6	75.0
TOTAL	8	100.0	8	100.0

CUADRO - 6

Los datos anteriores apoyan el concepto preconceptivo de ambivalente descrito por Luis Beder, quien menciona que cada uno de los integrantes de la pareja durante el acoplamiento, ya sea en la fase de preacoplamiento o en las fantasías durante o en torno al acoplamiento sexual, sucede este fenómeno universal de que al mismo tiempo que hay un deseo de procrear, conciente o inconciente, también hay un pánico procreativo conciente o inconciente. La lucha de ambos da lugar a este conflicto preconceptivo referido.

Otro hallazgo es la actitud que adoptaron ambos padres referente al sexo del paciente al momento de su nacimiento, mostrándose insatisfechos en el 62,5% de los casos.
Cuadro 7

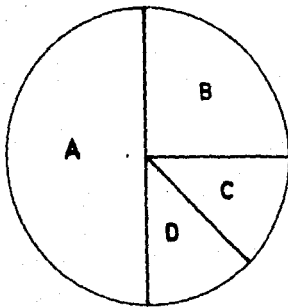
SATISFACCION EN CUANTO AL SEXO

OPINION	PADRE	%	MADRE	%
SATISFECHOS	1	12.5	1	12.5
INSATISFECHOS	7	87.5	7	87.5
TOTAL	8	100	8	100

CUADRO - 7

Las madres refirieron que sus embarazos fueron de término en todos los casos, con peso adecuado a la edad gestacional en 6 de los casos, uno con peso menor a los 2,500 g. y el otro se ignora.

El agresor más frecuente fue la madre en el 50% de los casos, el padre en el 25% ambos en un 12.5% y otro en el 12.5% (vecina). Gráfica 4.



AGRESOR :

- A) LA MADRE (50 %)
- B) EL PADRE (25 %)
- C) AMBOS (12.5 %)
- D) VECINA (12.5 %)

GRAFICA - 4

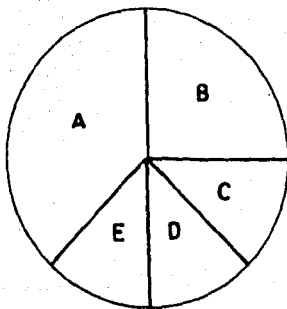
Datos semejantes han sido mencionados por otros autores como Alanda y Rodríguez (1) quienes también encontraron que la madre era en el mayor porcentaje el agente agresor y en segundo término el padre.

La edad promedio (aritmético) del agresor fue de -- 33,4 cifra que esta de acuerdo con los reportes de otros autores como Wethers, Baldwin, Kaplun, etc. (14, 1, 2, 30) quienes reportan una edad promedio de 24 años.

Las causas que desencadenaron la agresión son las enumeradas a continuación:

- a).- 3 casos por desobediencia y/o travesuras.
- b).- 2 casos por desobediencia únicamente.
- c).- 1 caso por travesuras.
- d).- 1 caso por no llevar dinero a su casa y por desobediencia.
- e).- 1 caso por llanto.

Gráfica 5



CAUSAS DE ABUSO POR EL AGRESOR

A) DESOBEDIENCIA Y TRAVESURAS	(37.5%)
B) DESOBEDIENCIA	(25.0%)
C) TRAVESURAS	(12.5%)
D) POR NO TRAER DINERO A SU CASA Y DESOBEDIENCIA	(12.5%)
E) LLANTO	(12.5%)

GRAFICA - 5

Las causas de agresión es un síntoma pantalla, que en determinado momento de angustia sale a flote. Debemos recalcar que estas actitudes de agresión son producto de patrones sociales y culturales en que vivimos, en el cual siempre hay un agresor y un agredido, analizado desde diferentes puntos de vista como son: Patron-obrero, maestro-alumno, médico paciente, y en el caso que nos ocupa padre-hijo, este último como receptor de la agresión que no puede ser canalizada por otros caminos.

Indicando de este modo, que los hijos deben someterse a las normas preestablecidas por sus padres. La forma en que los padres tratan a sus hijos está determinada en parte por la repetición del trato que ellos recibieron en su infancia o bien por los esfuerzos de crear una familia diferente a la que vivieron cuando niños, influenciados por la sociedad en que se desarrollan; además de las sensaciones de fracaso y frustración que sufren cuando los hijos no alcanzan una realidad deseada, ya que, en muchos de los casos no desean destruir al hijo, sino que tratan de lograr por medios absurdos el cumplimiento de su ideal.

En general se dice que la agresividad o la destructividad puede ser resultado de la pobre o nula cantidad y calidad de satisfactores recibidos en el transcurso de su vida.

Así los padres llegan a convertir a sus hijos en cosas, en objetos de dominio total tratando de darles un sentido a sus propias vidas y experimentar la sensación de capacidad y potencia sobre los otros seres humanos.

El relato de la agresión fue incongruente en 6 de los casos y solo 2 afirmaron haberlo hecho, así mismo hubo diferencia en 6 casos con respecto a la versión de los sucesos y el tipo de lesión encontrada. Quadro 8

RELATO DE AGRESION

OPINION	SI	%	NO	%
INCONGRUENCIA ENTRE RELATO Y LESIONES	6	75	2	25
DIFERENTES VERSIONES EN CUANTO A LOS SUCEOS	6	75	2	25
ACEPTACION HACIA EL CUERPO MEDICO	3	37.5	5	62.5

CUADRO 8

No es difícil advertir como cuando se entrevista - por separado a los padres, caen en contradicciones uno y otro sobre la forma en que se produjeron las lesiones, como ocurrió en nuestro estudio.

El agresor con frecuencia niega su participación en el maltrato ya que cree razonable su actitud, justificada con la manera de educar a sus hijos, por considerarlos de su propiedad. Sin embargo al sentir presión por la sociedad y principalmente por el médico, como sucedió en nuestro estudio, - trata de protegerse con mecanismos de defensa, como es la negación creando versiones completamente distorsionadas con la realidad por temor a represiones de cualquier índole.

Lo anterior puede ser complementado por el retraso para solicitar la atención médica como sucedió en 5 casos en los cuales el tiempo fue mayor de 24 hrs. y únicamente en 3 - menor de 24 hrs. Dentro de los 5 primeros casos en 3 fue imposible establecer el tiempo de inicio de la agresión hasta - el momento de las repercusiones psicológicas.

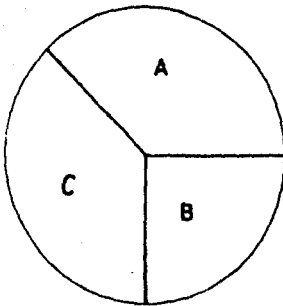
Por consiguiente, la actitud ante el cuerpo médico-

durante el interrogatorio y realización del estudio, fue de -
completo rechazo en 5 de los casos y en el resto de acepta -
ción. Esto es lógico dado que el agresor se sentía atacado -
en su integridad física y moral.

DINAMICA FAMILIAR Y FAMILIOGRAMA

Las familias estudiadas resultaron de tipo nuclear, ubicadas en la zona de ciudad Netzahualcoyotl considerada como medio sub-urbano por unos y por otros como pseudo-urbana, ya que cuenta con una población de más de 2 millones de habitantes y que carecen de los servicios públicos indispensables y en una lucha constante por sobrevivir, dado el medio hostil en el que se desenvuelven, provocando que la familia se aisle con el fin de defenderse únicamente de las agresiones externas y sin preocuparse de mejorar las relaciones interpersonales, como sucedió en 7 de los casos estudiados. El estado civil de los padres se esquematiza a continuación. Gráfica 6

ESTADO CIVIL DE LOS PADRES



- | | |
|----------------------|----------|
| A) CIVIL Y RELIGIOSO | (37.5 %) |
| B) UNION LIBRE | (25.0 %) |
| C) POR LO CIVIL | (37.5 %) |

GRAFICA 6

El padre juega en todos los casos el papel de proveedor, ausente la mayor parte del tiempo de su hogar, estableciendo únicamente la comunicación para reafirmar su "Don de Mando", provocando de esta manera más temor que respeto por parte de su familia.

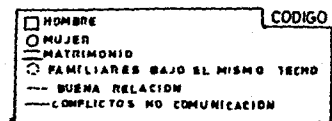
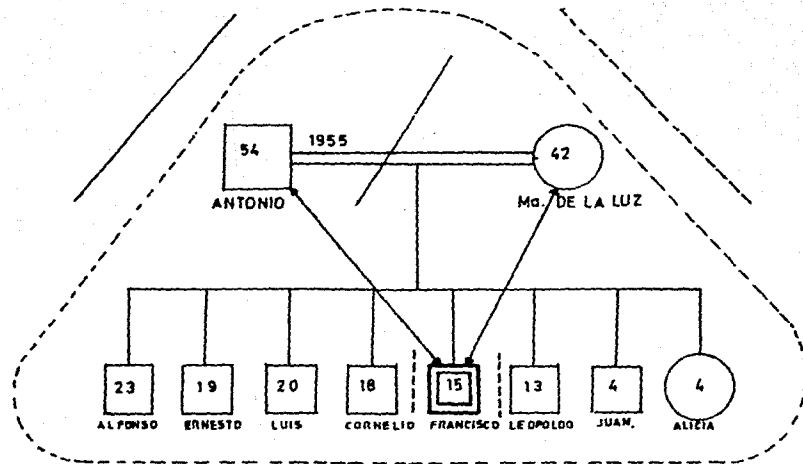
Las madres tienen el rol de syndisas cumpliendo labores domésticas, responsables del cuidado y educación de los hijos, dando origen a un subsistema madre-hijo, creando un Ma

triarcado que le permite manipular al esposo y en el futuro - a los hijos, como sucedió en todos los casos de nuestra investigación. Por lo anterior es fácil deducir que la recreación familiar fue limitada en todas las familias.

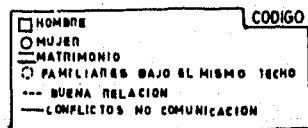
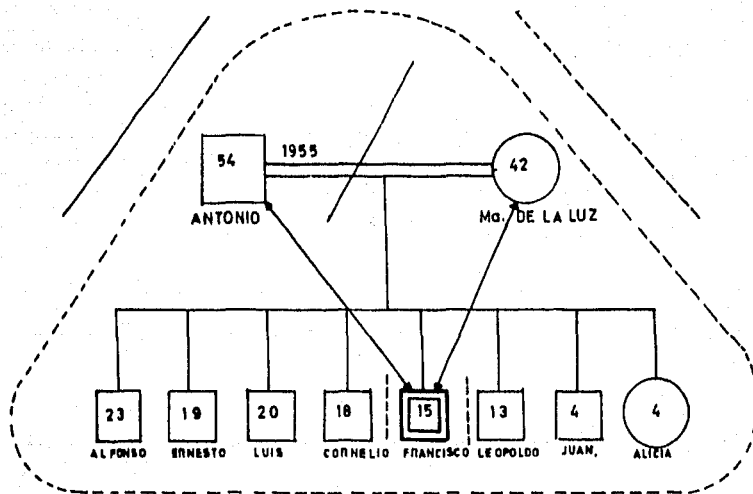
Cuatro familias se encuentran en fase de expansión sin ningún programa de Planificación Familiar, Dos en fase de dispersión, en donde no existe un desarrollo psicosexual definido, debido a que la mayoría de estas familias consideran el aspecto sexual como un tabú o de aspecto secundario, -- de poca importancia, lo cual indudablemente es desorientador, favoreciendo de esta manera embarazos no deseados, rechazos familiares, etc. Dos familias se encuentran en fase de independencia sin provocar verdadera angustia de separación, dado que los hijos que supuestamente formarían sus propias familias viven en simbiosis con sus padres.

A continuación se presentan los Familiogramas de -- los casos estudiados, describiendo de una manera gráfica las relaciones interfamiliares.

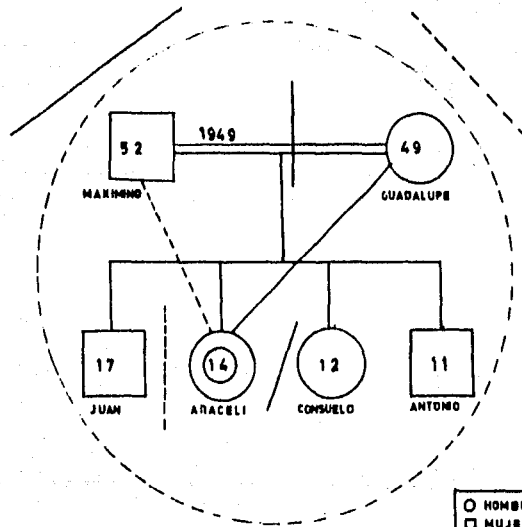
FAMILIA RAMIREZ GARCIA
CASO - 1



FAMILIA RAMÍREZ GARCÍA
CASO-1



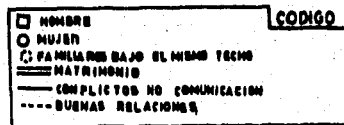
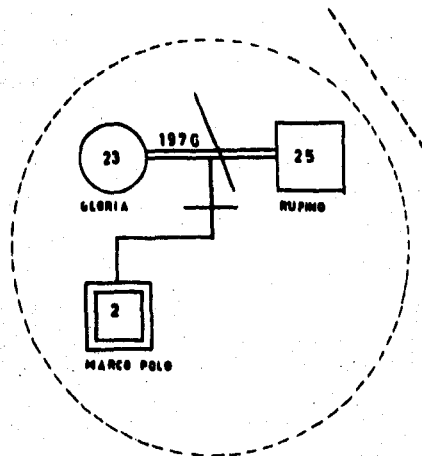
FAMILIA AVILA MOLOTLA
CASO - 2



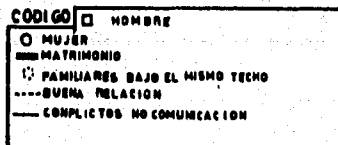
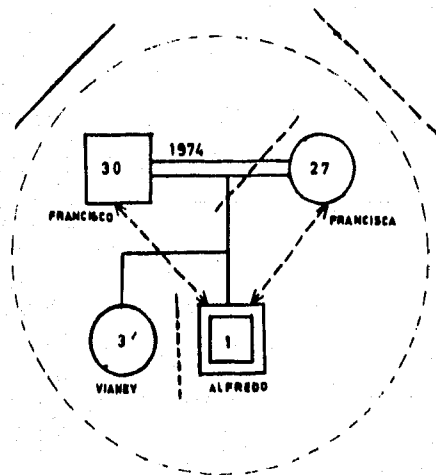
CODIGO

- HOMBRE
- MUJER
- MATRIMONIO
- BUENA RELACION
- CONFLICTOS NO COMUNICACION

CASO 3
FAMILIA CALDERON CASTAÑEDA

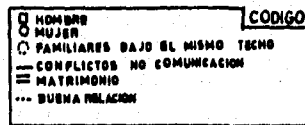
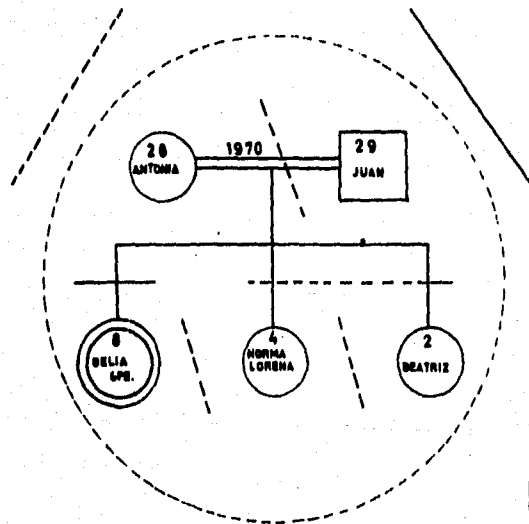


FAMILIA NUREZ VICTORIA
CASO -4

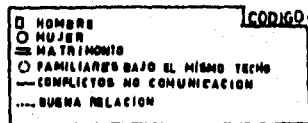
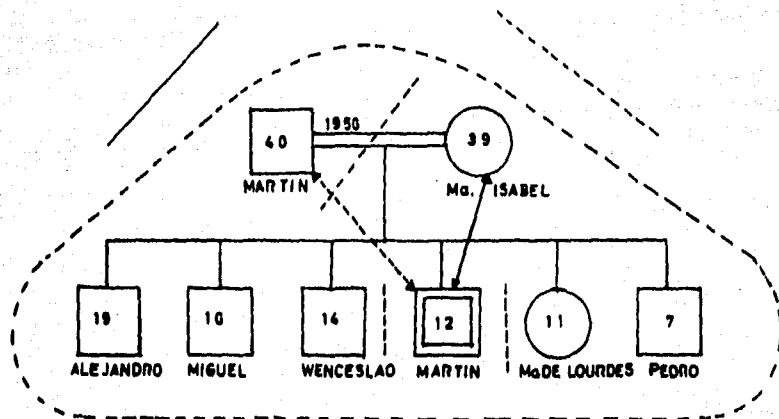


FAMILIA RESENDIZ SALINAS

CASO - 5

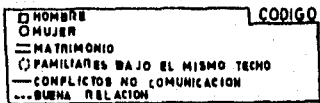
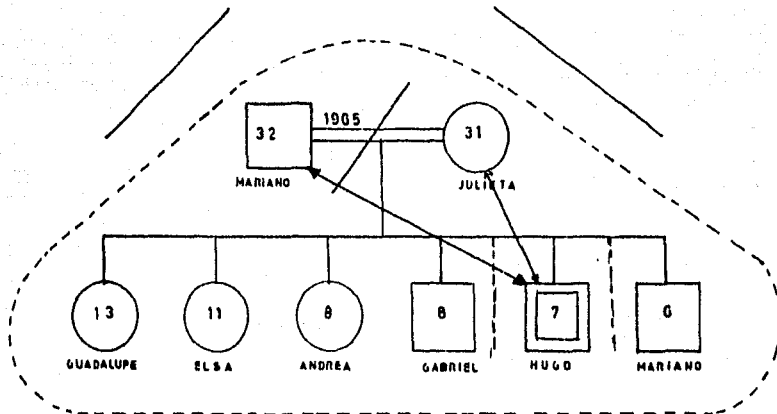


FAMILIA ARREDONDO LANDEROS
CASO - 8

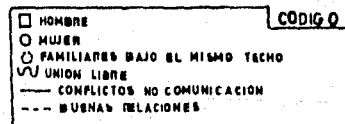
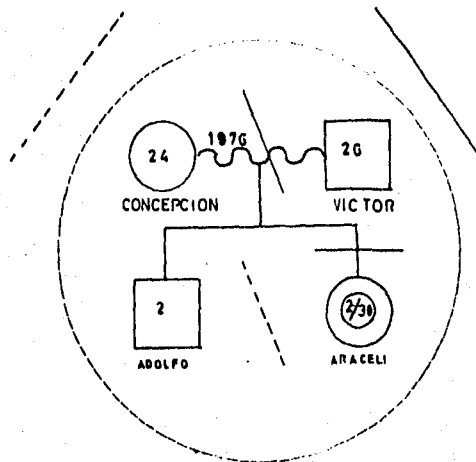


FAMILIA GUARNEROS ORTIZ

CASO - 7



CASO 8
FAMILIA GUZMAN BELTRAN



ASPECTOS SOCIOECONOMICOS

Las familias en estudio se encuentran dentro del proletariado, según la clasificación de Ricardo Pozas (Los indios y las clases sociales de México), cuyos ingresos son precarios contando en la mayoría de los casos únicamente con el salario mínimo, distribuido casi en su totalidad para satisfacer sus necesidades alimenticias y una mínima parte destinada para vestido y otros.

El promedio de integrantes de familia fue de 6,5 personas, habitando viviendas de un solo cuarto, dando como resultado hacinamiento y promiscuidad.

FUNCIONES DE LA FAMILIA

AFECTIVIDAD:

Es muy pobre en todas las familias, la función de equilibrio emocional es natural en la familia por el hecho de ser un grupo primario de personas con relaciones muy próximas, al menos en su ámbito físico, el hogar, siendo el lugar donde se produce el calor afectivo, testigo de gozos y desilusiones. La concepción afectiva ha variado en la historia pero siempre ha sido una necesidad. Actualmente se ha dado énfasis primordial a esta función familiar, difícil de ser substituida con igual o mayor éxito a través de otras instituciones como sería la escuela.

La explicación de la pobreza afectiva de estas familias está determinada por la marginación, numerosidad de integrantes, habitar precario, y otros factores ya antes mencionados, que por ser tan numerosos dan primordial importancia a satisfacer sus necesidades primarias, provocando en muchas madres amargura, depresión y tristeza y en los padres sensación

de fracaso; olvidándose así ambos del cariño y comprensión - tan necesario para sus hijos.

REPRODUCCION:

Esta alterada en dos familias debido a que el número de hijos es elevado dando por resultado afectación de las demás funciones. En ninguno de los casos estudiados se encontró que emplearan algún método de planificación familiar ni información al respecto y mucho menos de paternidad responsable. Encontrando en apoyo a esto, que el 75% de las madres no desearon el embarazo.

ATENCION Y CUIDADO:

Por lo que respecta a la función económica encontramos variedades marcadas, siendo moderada en 5 familias y deficientes en tres. Sus miembros son improductivos, siendo el padre el único proveedor, no habiendo ingreso colectivo que pudiera repercutir en la conformación de la función económica lo cual indudablemente repercute en la atención y cuidado de los hijos.

SOCIALIZACION:

El sentido educativo es también universal como una de las funciones de la familia, admite variantes en cuanto a la forma de realizarse, su fin es el de un canal mediante el cual los niños y los jóvenes se adaptan a la vida social, - asumiendo pautas básicas de conducta. De las familias estudiadas era de esperarse que fuera proporcionada fuera del hogar, en un sentido de vecindaje, realmente comunitario similar a una comunidad cerrada. La influencia educativa y socializante externa de la familia proviene esencialmente de las instituciones formales a la que pertenecen sus miembros, como

sucede con la escuela, la iglesia, los medios masivos de comunicación con todo su acceso al seno familiar a través de la T.V., radio y otros medios informativos.

Es de observarse que todos están afectados en conducta familiar por la influencia positiva y negativa de dicha comunicación a veces divulgada en forma irresponsable y sin un sentido constructivo. Como se muestra en la investigación esta y todas las funciones básicas de la familia se encuentran alteradas de una u otra forma. Cuadro 9

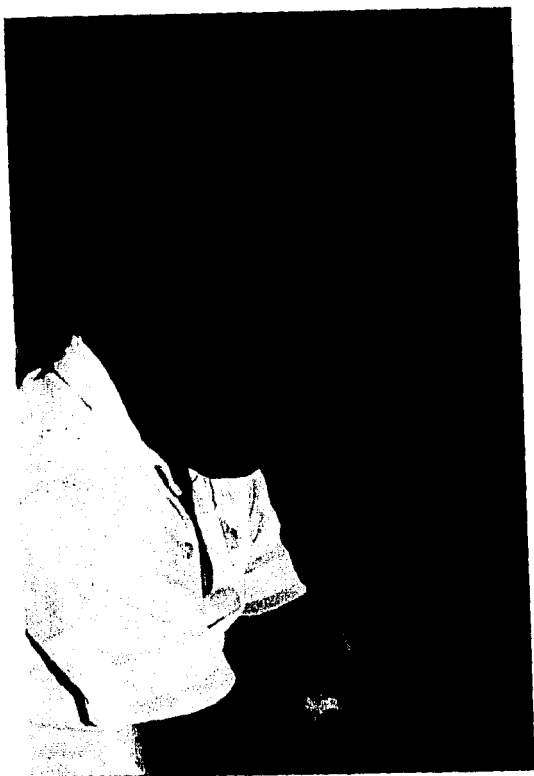
FUNCIONES DE LA FAMILIA

FUNCIÓN	ALTERADA	%	NO ALTERADA	%
AFECTO	8	100.0	—	—
REPRODUCCION	2	25.0	6	75.0
SOCIALIZACION	8	100.0	—	—
ATENCION	5	62.5	3	37.5
STATUS	8	100.0	—	—

CUADRO - 9



CASO No. 4.- Masculino de 1 año y 4 meses de edad el cual --
acudió con su madre, la cual refirió que su hijo había sido --
quemado en forma intencional por su vecina y en segunda oca --
sión con agua en ebullición. Se abordó a la vecina detectán--
dose gran incongruencia de su relato referente al mecanismo --
del "accidente" y las lesiones que se muestran en la figura.



CASO No. 6.- Se trata de masculino de 12 años de edad, el -
cual fue traído por su madre por presentar dolor abdominal y -
terror nocturno. Se etiquetó como probable apendicitis y se -
sometió a la paratoma en donde se encontró una apéndice sana.
Durante su hospitalización presentó gran introversión y tarta
mudeo, comprobándose su incremento cuando era visitado por su
padre.



CASO No. 8.- Paciente femenino de 2 meses y medio de edad, -
traído por su madre refiriendo que el niño presentaba cuadro-
gastrointestinal, pero sin embargo la exploración física reve-
ló además de esto, también desnutrición de II grado y aumento
de volumen de brazo derecho, comprobándose posteriormente - -
fractura en tercio medio de humero derecho no reciente con he-
matoma subperiostico. La madre en todo momento negó antece-
dentes de maltrato.

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

- 59 -

11.- CONCLUSIONES

1. Se comprobó que durante un período de solo 3 meses, hubo mayor número de casos (8) diagnosticados como Síndrome del Niño Maltratado, correspondiendo al 0.45% del total de consultas impartidas en el servicio de Urgencias de Pediatría, en comparación con los diagnosticados durante 10 años que lleva funcionando la Clínica Hospital Número 25 del Instituto Mexicano del Seguro Social (5 casos).

Demostrándose a la vez varios hechos:

- a). La poca o nula información de este padecimiento -- por parte del grupo de Salud.
- b). La tendencia del médico a omitir el diagnóstico de Síndrome del Niño Maltratado, ignorando o despreciando la violencia cotidiana que sufren los niños, olvidando que el médico también forma parte de esta Sociedad en donde se aplica el maltrato y en donde existen padres abusivos, por lo que en ningún momento el médico y en general el equipo de Salud, deberán sentirse ajenos ante este fenómeno.

II. Como factores predisponentes se detectaron los siguientes:

- a). El 100% de los padres resultaron ser alcohólicos - desde leve hasta severo.
- b). En un gran porcentaje (62.5%) había el antecedente de haber sido golpeados durante su infancia por sus padres.

- c). En uno de los casos (12.5%) se comprobó que la madre padecía neurosis ansioso depresiva.
- d). El grado de alfabetismo de los padres fue del 75% con primaria completa y el de las madres el 50%.
- e). En un 75% (6 casos) los pacientes fueron hijos no-deseados por las madres y en un 50% (4 casos) por el padre.
- f). En cuanto a la satisfacción por el sexo del paciente solo el 37.5% estuvo conforme.
- g). El 50% de las familias eran de reciente creación y con padres dentro de la tercera década de la vida.
- h). En lo concerniente a la dinámica familiar, se encontró que el 100% de las familias estaban desintegradas con diferentes grados de desequilibrio en todas sus funciones, siendo las más afectadas; las de Socialización y Afecto y en menor grado las de Cuidado y reproducción.

12.- COMENTARIO

Este problema es de importancia nacional, ya que si hacemos un análisis global de la problemática de nuestro país podemos deducir que la mayoría de la población infantil, posea alguno o varios de los factores predisponentes para ser maltratados y por consiguiente sin poder aspirar a un desarrollo óptimo y adecuado.

Consideramos que en el momento actual, las condiciones políticas y socioeconómicas del país hacen imposible abarcar en forma completa la atención de esta entidad clínica, sobre todo en el primer nivel de atención (según los niveles de Leavel y Clark), considerando que solo al modificar estas condicionantes o factores predisponentes se podrá disminuir en lo más posible el Síndrome del Niño Maltratado.

Por otra parte pensamos es de gran importancia concientizar primeramente al grupo de salud y posteriormente a maestros educadoras y a la familia en general de la existencia tan frecuente de este padecimiento, haciendo notar que únicamente las lesiones físicas dejan cicatriz, sino que también las lesiones psicológicas dejan huellas aún más profundas en un niño sujeto a maltrato.

Por lo antes expuesto y aunque sabemos que es una forma parcial de atacar el problema, pensamos que es de gran importancia concientizar al sector médico y en especial al médico familiar como agente de primer contacto el cual debe ser capaz de detectar y sospechar este padecimiento y así poder atacarlo con sus limitantes en su primer nivel de atención médica en colaboración con el grupo de salud (Psicólogo, Trabajadora Social, Nutricionista, etc.), recordándole que el omitir un diagnóstico de Síndrome del Niño Maltratado es probablemente condenar al niño a la muerte en un lapso de tiempo indeterminado.

13.- BIBLIOGRAFIA

1. Alanda, E. Casanovas, M.C.
Síndrome del Niño Maltratado. (Revisión preliminar en un-Hospital Pediatrico Boliviano).
Bol. Med. Hosp. Infant. Méx. 36:5, 923, 1979.
2. Baldwin, J.A. And Oliver, J.E.
Epidemiology and family characteristics of severely Abuse Children.
Brit. J. Prev. Soc. Med. 29:205, 1975.
3. Browning, D.H.
Incest: Children at Risk.
Am. J. Psychiatry, p. 69, 1977.
4. Chang, et al.
Child Abuse and Neglect - Physician Knowledge.
Am. J. Public. Health. 66:12, 1199, 1976.
5. De La Torre J. y Colaboradores.
La Agresión en la edad pediátrica.
Gac. Med. Mex. 109:4, 215, 1975.
- 6.- Desmonk, K. et. al.
Child Abuse and Neglect.
Minn Med. p. 141, 1977.
- 7.- Elmer, E.M.
A Follow-up study of traumatized Children.
Paediatrics 59:2, 273, 1977.
8. Espinosa M. y colaboradores.
Síndrome del Niño Maltratado - Aspectos Médicos Psicológicos y jurídicos.
Rev. Mex. Ped. 49: , 807, 1971.

9. Ferras, R.
Ciudad Netzahualcóyotl: Un barrio en vías de absorción -
por la Ciudad de México.
Cuadernos del CES 20, Centro de Estudios Sociológicos.
El Colegio de México, 1977.
10. Fontana, J.V.
Maltreatment Syndrome of Children - Early Detection and -
Treatment.
N. Y. State J. Med. March. 1978.
11. Fontana, J.V.
The diagnosis of the maltreatment syndrome in Children.
PEDIAU 51:4, 780, 1979.
12. Gaddiss, C. D.
Diagnostic value of psychological Test in cases of suspect
ed child abuse.
Arch. Dis. Child. 52: p. 708, 1977.
13. Gershenson, CH. P.
Child Maltreatment, family stresses and ecological insult.
Am. Fam. Physician. 67:7: 602, 1977.
14. Kaplum, D.
The murdered child and killers.
Am. J. Psychiatry, 113:7, 809, 1976.
15. Green, F.C.
Abuso y Abandono del Niño.
Clin. Ped. North Am. p. 29, 1975.
16. Kempe, C.H.
The Battered Child Syndrome.
J A M A. 181:1, 105, 1972.
17. Lenoski, E. et al.
Specific Patterns of inflicted burns injuries.
J. Trauma. 17:1, 842, 1977.

18. Macías, R. y Chagoya, L.
Formas de agresión al niño en la familia.
Gac. Med. Mex. 109:4, 215, 1975.
19. Marcovich, K.J.
El maltrato a los hijos.
Ed. Edicol, Mex. 1978.
20. Michel, J.
Optimism or pessimism for the victim of child abuse.
Paediatrics. 59:2, 311, 1977.
21. Morse, E.A.
Environmental correlates of pediatrics social illness:
Preventive implications.
Am. J. Psychiatry. 67:7, 612, 1977.
22. Olson, J.
Index of suspicion: Screening for child abusers.
Am J. Nursing, p. 108, 1976.
23. Palmer, J.R.
Physician and family court.
N.Y. State J. Med. p. 617, 1978.
24. Pardinas, F.
Metodología y técnicas de investigación en ciencias so -
ciales.
Ed. Siglo XXI, S.A. Mex. 1978.
25. Ramírez C.
Los que perdieron en el juego del sistema en Nezahualco -
yotl. "Vivimos como puercos; La Batalla es por salir de -
aquí".
Rev. Proceso, Abril-mayo, 1978.
26. Riojas, D.J. y Manzano, S.C.
Aspectos radiológicos en el síndrome del niño maltratado.
Jornada Pediátrica. IMSS. p. 69, 1968.

27. Soni, M.J.
Síndrome del niño maltratado. (Historia Natural).
Mundo Médico, 6:69, II, 1979.
28. Tecla, A y Garza, A.
Teoría, Métodos y técnicas de la investigación social.
Ed. de Cultura Populares, S.A. Mex. 1979.
29. Vesterdal, J.
El Síndrome del niño maltratado. Aspectos médicos psicológicos y jurídicos.
Rev. Mex. Ped. 49:807, 1971.
30. Wethers, D.
Child abuse and neglect.
N.Y. St. J. Med. p. 610, 1978.