



Universidad Nacional Autónoma de México

Facultad de Medicina
División de Estudios de Posgrado
Departamento de Medicina General
Familiar y Comunitaria
I. S. S. S. T. E.
Clínica "Dr. Ignacio Chávez"

EL MALTRATO INFANTIL Intervención del Médico Familiar en su prevención, detección temprana y control.

T E S I S I N A

Para obtener el diploma universitario de
especialista en

MEDICINA GENERAL FAMILIAR

Presentan:

DRA. ALMA D. GARCIA ACEVES

DRA. CATALINA MONROY CABALLERO



México, Agosto de 1986

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**



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 está 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.

C O N T E N I D O

I.- Introducción	1
II.- Antecedentes y problema.	
1.- Antecedentes.	
- Definición	3
- Antecedentes Historicos	5
- Antecedentes Historicos en la Literatura Médica.....	9
- Etiología	11
- Diagnóstico.	
a) Cuadro Clínico.....	14
b) Estudios Auxiliares.....	17
c) Diagnóstico Diferencial.....	19
- Tratamiento.....	20
- Consecuencias.....	22
- Prevención.....	24
- Rehabilitación.....	26
- Fundamentación Jurídica para la atención del menor maltratado ...	28
- Situación del médico frente al niño maltratado dentro del marco Jurídico.....	31
2.- Descripción del problema.....	33
3.- Revisión crítica de la información.....	35
4.- Razones para llevar a cabo la investigación.....	37

III.- Objetivos.....	39
IV.- Sujetos, Material y Procedimiento.....	40
V.- Resultados y análisis.....	45
VI.- Conclusiones.....	57
VII.- Propuestas.....	58
- Historia Natural de la Enfermedad.....	59
- La intervención del Médico Familiar en el Maltrato Infantil.....	60
- Flujoograma para el primer nivel de atención ante la sospecha de Maltrato Infantil.....	63
VIII.- Anexos.....	64
IX.- Bibliografía y referencias.....	70

INTRODUCCION

A través del ejercicio profesional como médicos familiares, se ha observado que en la consulta del primer nivel de atención médica, el maltrato infantil como entidad patológica raramente es detectado, y no existen acciones específicas en las cuales el médico familiar, junto con el equipo interdisciplinario de salud, tengan una participación activa. Generalmente los casos son registrados a nivel hospitalario, cuando el niño se encuentra gravemente lesionado o muerto y no siempre es el médico quien hace el diagnóstico correcto, correspondiendo al personal de Trabajo Social determinar que no se trató de un accidente, que es como frecuentemente pasa enmascarado este problema.

El doctor Jaime Marcovich señaló "La indiferencia para llevar a cabo el diagnóstico significa la desvalorización del niño como ser humano. Las razones del silencio son complejas y solo se entreen parcialmente; implican rasgos personales del sujeto, condicionados a una sociedad donde la violencia es habitual, donde se carece de sentido social; implican asimismo, desconocimiento médico y dificultad para practicar una buena labor que desentrañe la etiología y génesis de la lesión." (19)

Se sabe que la principal fuente de agresión al niño es su propia familia y dentro de ésta, son los padres quienes con mayor frecuencia lo lesionan; se sabe también que hay características específicas del agresor, el agredido, la familia y el medio ambiente que determinan la presencia de factores de riesgo para la aparición del maltrato infantil, sin embargo éste no se previene y difícilmente es detectado tempranamente.

Se considera dentro de las diversas explicaciones de la nula existencia de acciones específicas en el primer nivel de atención para la prevención, detección y control del

Maltrato Infantil, su desconocimiento como enfermedad por su aceptación tan difundida y enmascarada con el llamado "Derecho de Corrección."

En este estudio, en base a una revisión bibliográfica se trata de establecer la Historia Natural de la Enfermedad en el Maltrato Infantil; determinar cual es el papel del médico familiar en la prevención, detección y control del problema, así como proponer un flujograma de acciones a seguir ante su sospecha.

Como complemento a esta investigación se efectuó un cuestionario a médicos que practican la medicina familiar, con la finalidad de conocer si existe uniformidad en los conceptos básicos del maltrato infantil y en las acciones a seguir una vez captado el caso, también se pretende saber si el médico reconoce la existencia de factores de riesgo como tales. (7) (10) (27) (33)

A N T E C E D E N T E S

DEFINICION:

Sobre el maltrato se han propuesto muchas definiciones así como diversos títulos, que en sí enmarcan el mismo problema. Siendo una de las definiciones más completas y actualmente aceptada por el DIF-PREMAN, acusa sobre los niños maltratados: "Son menores de edad que enfrentan, sufren, ocasional o habitualmente, actos de violencia física, emocional, o ambas, ejecutadas por omisión o acción, pero siempre en forma intencional, no accidental por padres, tutores o personas responsables de éstos." (38)

Osorio y Nieto considera que no solo los responsables de los niños pueden ocasionar maltrato, sino también sujetos que por cualquier motivo tengan relación con ellos. (27)

Existen varias formas de maltrato al niño:

Abuso físico y/o descuido físico (negligencia), abuso sexual, abuso y/o descuido emocional. (31)

Abuso físico:

Se define como un trauma no accidental por la persona que está a cargo del niño, las lesiones pueden variar desde golpes menores hasta hematomas subdurales fatales. (31)

Descuido físico:

Es la falta de provisión o satisfacción de las necesidades vitales del niño (cuidado médico cuando es necesario, adecuada nutrición, adecuado vestido, supervisión de actividades). El síndrome de detención del crecimiento y desarrollo ha sido asociado con descuido al niño. (8) (31) (37)

Abuso sexual:

Es el involucramiento de niños y adolescentes dependientes e inmaduros en proceso de desarrollo, en actividades sexuales, las cuales no alcanzan a comprender plenamente y no son capaces de dar su consentimiento, o las que violan los tabúes sociales con respecto a roles de la familia. (39)

Abuso emocional:

Consiste en tomar como "chivo expiatorio", aterrizando y rechazando a un niño en especial, Así como la calumnia, el abandono, el encierro con la consiguiente mutilación de su personalidad en desarrollo. (37) (31)

Descuido emocional:

Al igual que el abuso emocional es extremadamente difícil de definir y manejar, pero se considera que se presenta cuando los padres fallan en proveer un medio ambiente amoroso en el cual pueda prosperar el niño. El Síndrome de detención de crecimiento y desarrollo con frecuencia se asocia también a este tipo de maltrato. (8) (31)

ANTECEDENTES HISTORICOS:

La bibliografía existente sobre el maltrato infantil menciona que desde los principios de la humanidad, en todas las épocas, pueblos y cultos, se han efectuado prácticas que van desde el maltrato físico, que no deja secuelas en los individuos, hasta el infanticidio y el genocidio.

Los motivos de dichas prácticas son diversos, habiendo encontrado que en la gran mayoría de los casos, el maltrato infantil es enmascarado por diferentes situaciones como son: El afán de preservación del poder, asegurar el favor de los dioses, el control de la sobrepoblación humana, la eugenesia, la supervivencia de los padres, medidas correctivas con un fin educativo y las investigaciones científicas. Todo lo anterior se ha encontrado como justificante de maltrato y sacrificio de incalculables cantidades de niños.

Entre los primeros genocidios mencionados en la historia, figuran los tristemente célebres perpetrados por el rey Nimrod de Babilonia en el siglo XXIII A. J. C., y Herodes al inicio de la era cristiana, quienes afectados por los presagios religiosos, vivían temerosos de que serían destronados del poder por un niño recién nacido que al crecer los destituiría ocupando su lugar. (7)

A partir de entonces y después de varios siglos, la humanidad siguió su desarrollo, pero junto con ella evolucionaron también las guerras, así en el año 1941. Hitler desde Alemania persiguió por diversos países de Europa a millones de judíos, fijando su foco de atención en los niños, a quienes sacrificó en su afán de exterminar esa raza tan odiada por él. (16)

Entre las creencias religiosas que han justificado el maltrato infantil, se ha mencionado que en Roma, antes de la era cristiana, los niños eran sacrificados ante el altar de Diana, diosa de las doncellas, bosques y casa, en espera de recibir su protección y benevolencia. (21). En América, los Códices Mendocinos, refieren una fiesta dedicada al dios Tezcatlipoca, en donde se describe como "acuchillaban" con navajas de piedra el pecho estómago y brazos de los niños y jóvenes mazahuas. (5) (28)

Ejemplos en los cuales se ha empleado la muerte de los niños para el control de la sobrepoblación humana, existían en China, donde era permitido eliminar al cuarto hijo y todavía hasta el siglo XIX se permitió esta práctica. (7)

La eugenesia se ha dado desde tiempos remotos, en Esparta los niños deformes se arrojan por la cima del Taigeto. En la India los niños anormales físicamente eran considerados como instrumentos del diablo, por lo que eran destrozados y eliminados, existen reportes recientes a este respecto, de niños a los que se quitó la oportunidad de vivir por haber nacido con alguna anomalía. (19)

El maltrato físico para asegurar la sobrevivencia de los padres. Se ha dado también desde tiempos inmemoriales. Aristóteles decía: "La justicia de un maestro y un padre es una cosa distinta a la del ciudadano, puesto que un hijo o un esclavo son de su propiedad, y no puede haber injusticia en la propiedad de uno mismo." También Seneca señaló "La explotación de indefensas criaturas (para supervivencia de los padres) por medio de la extracción de un ojo o la amputación de una pierna para convertirlos en limosneros profesionales." (21)

Posteriormente Dickens y Víctor Hugo, escriben obras literarias representativas de una época en la que la injusticia hacia los niños es el común denominador.

Entre las justificaciones más frecuentes en el maltrato al niño está "la educación"

siendo este factor social y culturalmente permitido, así como su intensidad y tipo de maltrato dependiendo de la idiosincrasia de cada pueblo. A este respecto el Códice Mendocino en Mesoamérica, menciona prácticas que en la actualidad se siguen; como el castigo a los hijos desobedientes en el grupo mazahua obligándoles a aspirar el humo de chiles tostados. La tribu Enja, en Nueva Guinea, castiga a los niños que entran al jardín de la casa sin permiso de los padres, amputándoles un dedo o una oreja, cuya porción debe ser comida y digerida por el pequeño. Las tribus Bena Bena de Nueva Guinea y Yoruba en Nigeria tienen el derecho de marcar corporalmente y castigar a sus hijos con plena libertad. En nuestra civilización occidental el viejo adagio "La letra con sangre entra" aún tiene validez. (5)(21)(28)

La investigación científica, no ha sido excepción en la génesis del maltrato infantil. A finales del siglo XIX, un médico sueco escribió "Tal vez yo debería haber escogido animales, pero los más adecuados -las terneras- tenían un precio muy alto, por lo que efectué mis experimentos en niños, con el amable permiso del médico, jefe de la casa de huérfanos. Otra muestra nada sutil del maltrato infantil es la descrita en los experimentos de Krugman en los que utilizó "niños retrasados mentales" y les dió a beber una suspensión de materia fecal de otros niños con hepatitis. (16)

En el año 1874, la ciudad de Nueva York vivió el trágico caso de la niña Mary Ellen de 4 años de edad, en la cual el maltrato infantil era algo natural ya que esta criatura era frecuentemente golpeada y castigada por sus padres, hasta que sus vecinos intervinieron. En aquella época como los niños carecían de derechos humanos, el caso fue defendido por "La Sociedad Protectora de Animales." Un año después, en 1875, en esa ciudad, fue creada "La primera Sociedad para la Prevención de la crueldad en los niños." (21) (33)

En 1923 Inglaterra Gebb funda "Save the children fund", en Ginebra, Suiza, redactó la Declaración de los derechos del niño, pero fue hasta 1950 que la ONU modifica esta-

declaración, nominándola como "El Decálogo de los Derechos del Niño." (21)

ANTECEDENTES HISTORICOS EN LA LITERATURA MEDICA

1860- Tardieu, médico legista francés estudió por primera vez este problema, describiéndolo en la literatura desde el punto de vista médico-social. (27)

1946- Caffey, pediatra y radiólogo norteamericano, publicó un artículo relativo a seis lactantes con fracturas múltiples de huesos largos y hematoma subdural, señalando el hecho de que las causas pudieran no haber sido accidentales. (27)

1953- Silberman, pediatra norteamericano determinó la causa traumática en casos similares a los descritos por Caffey. (27)

1955- P.V. Wolley Jr. y W. A. Evans, mencionan el origen traumático e intencional en ciertos casos de niños lesionados. (27)

1957-1965.- Caffey publica artículos en los que afirma el origen de alteraciones de la salud en menores ocasionadas por malos tratos. (27)

1961- Henry Kempe, propone en un simposio de la academia americana de pediatría el término de "Síndrome del Niño Golpeado", para connotar la agresión física hacia el menor por parte de los padres o adultos encargados de su cuidado. (21)

Posteriormente a Kempe, se observa que el número de publicaciones acerca del maltrato infantil aumentó notablemente.

En diversas partes del mundo se han ocupado de este problema, principalmente en los países industrializados como Estados Unidos de Norteamérica, Inglaterra, Bélgica, Suiza, Dinamarca y Francia. De los países subdesarrollados, México es de los primeros en que se han empezado a efectuar acciones en beneficio del menor maltratado. (21)

En la República mexicana:

1966- Se reporta el primer caso del niño maltratado en el Hospital de Pediatría del Centro Médico Nacional del I.M.S.S. (42)

1971- Primer ciclo de conferencias sobre "El Maltrato Físico al Niño". (27)

1976- En las XIX Jornadas médico-regionales se trata por primera vez el problema. (27)

1977- Primer Simposio sobre "El Niño Golpeado" auspiciado por la Sociedad Mexicana de Pediatría, dando como resultado el libro "El Maltrato a los Hijos" dirigido por doctor Jaime Marcovich. (19)

1981- Se publica el libro "Tengo Derecho a la Vida" participando un equipo multidisciplinario de salud, en donde se difunde la formación del APRODENI (Asociación Pro Derechos de la Niñez) que propone acciones específicas preventivas para su tratamiento y rehabilitación. (18)

1983- Instalación del Consejo Consultivo para el Manejo de las Acciones en Beneficio del Menor Maltratado, a partir del cual empieza a funcionar el programa DIF-PREMAN (Prevención del Maltrato a los Menores) y la Procuraduría de la Defensa del Menor y la Familia, por parte del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia. (5)

1985- Publicación de "Análisis Sistemático de los Datos Registrados por el Programa DIF-PREMAN" de mayo de 1982 a marzo de 1983 con un total de 834 denuncias. (6)

Actualmente y a partir de 1981 se ha dado una mayor difusión en cuanto al conocimiento de este problema a través de simposios y conferencias, siendo la literatura médica poco basta en este tema.

ETIOLOGIA:

La etiología del fenómeno del niño maltratado, abarcará el examen de los factores de riesgo individuales en el niño y en el agresor, familiares y sociales.

Descubrir la causa del maltrato a los niños, es una situación complicada. Hefler ha postulado que deben presentarse 3 componentes principales:

- 1.- Predisposición al abuso por parte del adulto.
- 2.- Un tipo especial de niño.
- 3.- Crisis o una serie de crisis.

G. Smith ha agregado un cuarto componente: (7)

- 4.- Tolerancia Cultural.

1.- Factores de riesgo en el adulto:

La predisposición en los padres, se encuentra desde los antecedentes de su infancia; generalmente los padres abusivos fueron niños maltratados. Esta transmisión de comportamiento ocurre generación tras generación, de este modo, los niños de 4 a 5 años suelen ser abusivos con sus hermanos menores u otros niños, en la misma forma en que ellos fueron maltratados. Casi invariablemente existe el antecedente de haber presentado una niñez poco afectiva, en la que conoció la humillación, desprecio, la crítica destructiva y el maltrato físico, lo cual lo hizo que llegara a la edad adulta sin autoestima ni confianza. El agresor es un sujeto inadaptado que se cree incomprendido y que suele ser impulsivo e incapaz de organizar el hogar, situaciones éstas que lo conducen a reaccionar violentamente en contra de sus hijos, en especial en momentos de crisis, sean triviales o graves, en circunstancias en que se

sienten amenazados, por leve o imaginaria que sea la amenaza y que dirigen su agresividad o frustración hacia los hijos, quienes con su llanto agravan la situación ya de por sí tensa y embarazosa.

En algunos casos el maltrato se produce como resultado de intoxicación debido a la ingestión de bebidas alcohólicas o de otros fármacos, y en algunos casos a situaciones de psicopatología paranoica depresiva, esto es, sujetos con alteraciones psíquicas caracterizadas por rígidos esquemas mentales y estados de angustia e inseguridad que lo hacen chocar con el ambiente en forma reiterada y sistemática.

2.- Factores de riesgo en el niño.

El segundo componente que se requiere para el abuso, es el niño en sí, con características reales o supuestas de alteraciones, al cual acusan de ser "diferente"; puede tratarse de un niño hiperactivo, tener un defecto desde el nacimiento, ser enuretico, provenir de un embarazo no deseado, ser llorón o presentar algún problema psicomotor, alteraciones del habla, vista ó auditivas, etc.; en ocasiones estos rasgos son más sutiles, como el conferir al niño particularidades de adulto, exigiendo que se comporte como tal, o se le toma como rival, con el cual hay que competir para obtener las atenciones del cónyuge.

En algunas ocasiones encontramos ciertos argumentos que tratan de justificar el maltrato a los menores: se les castiga "por su propio bien", porque muestran un comportamiento inadecuado como ensuciarse, etc. En otros casos los padres piensan que el niño ha defraudado las esperanzas que pusieron en él, ya sea porque presenta alguna disminución física o mental, o porque no es el niño "ideal".

3.- Crisis o una serie de crisis:

El tercer componente son las crisis, que pueden ser: problemas económicos, desempleo, o cualquier transgresión emocional, importante o no que convierta al niño, en el blanco de la ira o frustración de sus mayores. La crisis no es un factor básico para el maltrato

sino el mecanismo precipitante.

Generalmente, existen factores de riesgo específicos en las familias en que hay niños maltratados, la vida es desordenada, existe inestabilidad y desorganización hogareña, desaveniencia conyugal, conductas antisociales, mala administración del dinero, desempleo, embarazos no deseados, expulsiones de la escuela de los hijos, lo cual lleva a la desintegración familiar, generándose como consecuencia estados de crisis.

4. - Tolerancia cultural.

Se refiere a que la comunidad acepta el castigo corporal con fines disciplinarios; y es aquí, donde nuestra sociedad falla, puesto que aún permitimos el uso de las lesiones para la corrección de la conducta infantil por parte de los padres.

Se debe considerar que la falta de sensibilidad de la colectividad con respecto a este problema, también es un factor que influye en la realización de estos hechos. La indiferencia con que muchas personas observan y conocen, y la ausencia de reacciones adecuadas posibilitan que tales conductas se presenten sin que haya una respuesta social represiva de esos actos u omisiones. Muchas veces las personas hacen del conocimiento de las autoridades competentes estos hechos, pero es deseable que en todo caso la actitud de la comunidad sea favorable al niño, de reproche a los agresores y de auxilio a las autoridades. (7) (12) (17) (27) (33)

DIAGNOSTICO

CUADRO CLINICO:

El síndrome del niño maltratado no es un padecimiento que afecte exclusivamente al niño; es una enfermedad de los adultos y de la sociedad en la que se desenvuelve el menor. Esta visión integral se debe tener presente ante todo niño golpeado, y es necesaria la sagacidad del médico para poder guiarse por los detalles que delaten al agresor.

Interrogatoria:

Es sumamente importante, y como única medida para ahondar en la sospecha. Se debe pensar en el síndrome cuando el paciente presente algunos de los siguientes datos:

1. Niño accidentado y que exista discordancia entre el relato de los padres acerca de la magnitud del traumatismo y el grado de la lesión. En ocasiones se obtienen historias inverosímiles o hay negativa para proporcionar datos sobre el mecanismo del golpe y cualquier otro tipo de información.

2. - Antecedentes de traumatismos previos o ingresos frecuentes a hospitales.

3. - Retardo en presentar al niño con el médico. La mitad tardan entre 24 a 48 horas y algunos hasta varios días.

4. - Falta de interés del agresor hacia las lesiones y frecuente abandono del niño en el hospital. Es notorio que fácilmente critica o se encoleriza con el niño lesionado. (7)

Examen físico:

Los signos clínicos son de gran importancia y deben ser descritos con exactitud. En cada caso deben individualizarse aunque es frecuente encontrar:

1. - Signos de desnutrición. Dependerán del tiempo en que ha estado sujeto al maltrato. En nuestro medio, con un porcentaje de desnutrición habitual importante, no

son un dato característico, pero ante la presencia de un síndrome de detención de crecimiento y desarrollo, el maltrato infantil deberá ser descartado. (8) (25) (37)

2. - Quemaduras. Principalmente con cigarrillos, en diversas partes del cuerpo o con utensilios caseros, como cucharas, en zonas bien delimitadas del cuerpo.

3. - Equimosis, hematomas y hemorragias. Se presentan en forma difusa, recurrente, y sobre todo, diseminada, así como en diferentes etapas de recuperación.

4. - Fracturas o luxaciones. La mayor parte se presentan en extremidades; pueden ser múltiples y deberán sospecharse cuando el paciente sea menor de tres años, se presentan repetidamente o estén en diferentes estadios de consolidación.

5. - Lesiones cerebromeningeas. Pueden ser derrames subdurales, los que se manifiestan por la presencia de convulsiones, parálisis ligeras o paresias, vómitos, coma, parálisis oculares, hemorragias retinianas, e hipertensión intracraneana. (17)

6. - Lesiones viscerales. Se puede encontrar abdomen agudo secundario a estallamiento de víscera (hígado, bazo y riñón), que obligan a una intervención quirúrgica de emergencia. (17) (23)

7. - Lesiones genitales. Pueden encontrarse sobre todo en caso de abuso sexual; contusiones, magulladuras, eritema, laceraciones, absorciones en el área genital o anal, presencia de enfermedades transmitidas sexualmente (tricomoniasis, gonorrea, etc.), sangrado vaginal o rectal inexplicable; inflamación de uretra o glándulas linfáticas inguinales o infecciones dentro del área genital. (37)

8. - Lesiones variadas. Como mordeduras, señales de cuerda, lesiones peribucales, dientes rotos, nariz tumefacta, aplastada, heridas sobreinfectadas, congelamiento y traumatismos en general como retinopatía sin causa aparente. (2) (7) (17) (35)

9. - Manifestaciones diversas de ansiedad. Alopecia, onicofagia, neurodermatitis, enuresis, etc. (13)

Durante la entrevista, es conveniente observar la actitud que toma el paciente ante su explorador: puede estar irritable o llorar en forma paroxística, o por el contrario, ser indiferente, receloso con los adultos y no mostrar casi nunca necesidad de protección por parte de sus padres. (27)

Es necesaria la conversación con los padres, de preferencia con cada uno por separado y posteriormente en conjunto; esto ayudará al clínico a valorar la credibilidad de las versiones.

ESTUDIOS AUXILIARES:

1.- De laboratorio:

a) Biometría hemática completa incluyendo cuantificación de plaquetas. Nos ayudará a valorar el grado de anemia, a identificar complicaciones por infecciones y comprobar o descartar diátesis hemorrágicas.

b) Pruebas de coagulación. Siempre son normales, y solo sirven de ayuda para el diagnóstico diferencial.

c) Calcio y fósforo. Ante la presencia de fracturas frecuentes.

d) Examen general de orina. Cuando exista sospecha de traumatismo abdominal, a fin de investigar hematuria microscópica y la posibilidad de lesión renal.

2.- De gabinete:

a) Estudios radiológicos. La exploración radiográfica debe ser extensa y comprender el cráneo, el torax y las cuatro extremidades. Las fracturas del cráneo, las fracturas costales múltiples y las separaciones epifisarias de las extremidades, son las heridas esqueléticas más características. Estas heridas múltiples pueden hallarse también en diversas fases de consolidación, observación que generalmente indica asaltos repetidos. (9) (28) (34) (38)

3.- Exámenes complementarios.

a) Métodos psicológicos: Pruebas psicométricas y de adaptación social. Se perciben síntomas de depresión, aislamiento, sometimiento, culpa, vergüenza, abandono, sentimientos de inferioridad, menosprecio, rechazo de no ser querido, aceptado y reconocido. (15)

b) Electroencefalograma. No se piensa que haya trazos específicos en el síndrome del niño maltratado, pero el practicarlo ayuda a confirmar el diagnóstico de daño organi-

co. determina formas de epilepsias no sospechadas y hace pronóstico de sus condiciones a mediano y largo plazo. (26)

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL:

Antiguamente, los datos clínicos que presentaba un niño maltratado se referían exclusivamente a traumatismos, equimosis y quemaduras frecuentes, pero en la actualidad el diagnóstico diferencial debe efectuarse no solo en los casos de maltrato físico, sino también en aquellos en los cuales la negligencia o el abandono hacen mella en la salud del niño.

Las lesiones traumáticas son las más frecuentemente encontradas, y en ocasiones una radiografía es la única pista para confirmar el diagnóstico.

En caso de fracturas múltiples hay que hacer diagnóstico diferencial de osteogénesis imperfecta, escorbuto, raquitismo, hipofosfatasia, sífilis, displacias óseas y algunas neoplasias.

Equimosis y hematomas. Se deben de descartar problemas hematológicos del tipo de la hipoprotrombinemia, purpuras, discracias sanguíneas por defecto en factores de coagulación dentro de los que destacan la hemofilia, hipoplasias, aplasias medulares y leucemias.

Quemaduras. El diagnóstico diferencial es con aquellas enfermedades que afecten primordialmente la epidermis, como impetigo buloso, epidemolisis tóxica, etc.

Para efectuar el diagnóstico diferencial es necesario considerar, "siempre y cuando la explicación de los padres no justifique los datos clínicos encontrados o, a pesar de esto cuando dichas lesiones sean de carácter repetitivo o bien los familiares proporcionen información contradictoria." (2) (25) (29) (37) (39)

TRATAMIENTO:

Debe cubrir varias facetas: En primer lugar al paciente y posteriormente al núcleo familiar y social, debido al aspecto etiológico multidimensional.

1. - Tratamiento al paciente. Estará encaminado primariamente a cubrir las alteraciones de urgencia y dependerá del tipo de lesiones que presente; se deberá dar preferencia a aquellas que pongan en peligro su vida; no es posible, por lo tanto dar un protocolo de tratamiento debido a la gran variedad de lesiones que pueden presentarse. (7)

Henry Kempe recomienda los siguientes pasos:

- a. - Hospitalice al niño.
- b. - Trate usted las lesiones y la desnutrición.
- c. - Mantenga una actitud generosa con los padres y esté dispuesto a ayudarlos.
- d. - Dígale a los padres el diagnóstico y la necesidad de informar a las autoridades.
- e. - Informe a una agencia protectora. (En nuestro país a la Procuraduría de la Defensa del Menor y la Familia - DIF).
- f. - Haga un informe por escrito.
- g. - Obtenga la ayuda del servicio de trabajo social.
- h. - Reúname con un equipo de trabajo experto en estos problemas.
- i. - Dé de alta al paciente cuando lo autorice la agencia encargada de la protección final del niño.
- j. - Siga usted a su paciente.
- k. - Testifique ante las autoridades si es necesario. (14)

2. - Tratamiento del núcleo familiar.

Muchas ocasiones será difícil de realizar. Es conveniente la formación de grupos de

especialistas en diversas disciplinas acompañados por una trabajadora social, un psicólogo y de ser posible, por los aspectos legales del problema por un abogado; todo esto con el fin de dar a los padres el apoyo necesario para la corrección de la conducta anormal que se presente y en esa forma poder reintegrar al niño al núcleo familiar y evitar que vuelva a ser maltratado.

Es necesario que se cite frecuentemente al paciente al hospital, con su médico tratante; además, se debe realizar, por lo menos, una visita del personal hospitalario al domicilio, para poder entender en forma clara todos los aspectos del caso.

3. - Tratamiento Social.

La parte más complicada del tratamiento es la social; debe ir encaminada a mejorar las condiciones generales de la familia, así como las relaciones interfamiliares y del medio ambiente. Es necesario el tratamiento psiquiátrico del agresor aún más que el confinamiento debido generalmente a que es él, el que sostiene la familia y con el confinamiento únicamente aumentaríamos el problema.

Otro aspecto estaría encaminado a cambiar las tendencias culturales de agresividad y a eliminar jurídicamente el maltrato como norma disciplinaria. (7) (31)

CONSECUENCIAS:

Es evidente que los malos tratos pueden generar múltiples resultados de lesiones físicas o mentales, o ambas simultáneamente, y que estas pueden ser susceptibles de recuperación, o bien irreversibles con secuelas definitivas.

Como consecuencia de los malos tratos, podemos señalar las siguientes:

1.- Alteraciones de la salud: Muestras de inefectividad o agresividad, que pueden entrañar lesiones mentales; retraso del crecimiento, retraso mental, hemiplegia, epilepsia, invalidéz motora o sensorial, etc.

2.- Problemas escolares: Caracterizados principalmente por falta de interés en el estudio y retraso escolar, sentimiento de ser rechazado por sus maestros como proyección de la problemática con sus padres.

3.- Conductas juveniles antisociales: El niño que sufrió malos tratos, llegará a la edad juvenil, en muchos casos, carente de claros y definidos conceptos de solidaridad humana, de respeto a los individuos y a la colectividad, con sentimientos de odio agresividad y, tal vez, de revanchismo; les será difícil adaptarse a la vida colectiva y puede incurrir en conductas antisociales como: Farmacodependencia, prostitución, delincuencia, o suicidio.

4.- Muerte. La muerte se produce como resultado del maltrato, se presenta con frecuencia como resultado de gravísimas lesiones cerebromeningeas, viscerales, o de cualquier otra lesión, o conjunto de lesiones que producen la pérdida de la vida.

5.- Agresividad hacia los hijos, proyección hacia la nueva familia. Muchos agresores fueron a su vez niños maltratados que tuvieron una infancia desafortunada, y estas situaciones se manifiestan, en la edad adulta, en actitudes de inafectividad, pues como en su niñez carecieron de afecto, les resulta difícil, cuando no imposible; desarrollarlo y manifestarlo. (13) (27)

PREVENCIÓN:

1.- Incrementar el conocimiento del maltrato infantil dentro del área médica, sobre la base de programas a nivel estudiantil, posgrado y áreas paramédicas, así como en otras disciplinas profesionales, principalmente en escuelas de leyes.

2.- Sensibilización de la comunidad. Creando una conciencia social sobre esta problemática, para la aceptación de la existencia de los malos tratos como un hecho social triste, difícilmente comprensible y altamente dañino. Siendo necesario promover en la comunidad un claro y definido sentido de solidaridad social.

3.- Orientación e investigación prematrimonial y prenatal. Es necesario investigar si los sujetos que van a procrear un niño tienen la disposición necesaria, es decir, la vocación de la paternidad. Este hecho puede obtenerse mediante observaciones y entrevistas realizadas por el profesional de la salud.

4.- Educación y orientación familiar. Esta debe conjuntar especialistas de diversas disciplinas, y su finalidad debe ser formar criterios e inducir conductas positivas para el niño. También ayudará a hacer posible la rehabilitación y evitará en el futuro nuevos episodios de maltrato.

5.- Separación del medio de peligro. En el supuesto caso de que los malos tratos ya hubiesen sucedido, el alejar al niño del medio de peligro, es una medida adecuada para prevenir la aparición de nuevos malos tratos y para evitar que en el futuro se lleven a cabo conductas nocivas a su persona.

Siendo recomendable su retorno gradual al hogar, hasta el momento en que las circunstancias sean propicias.

ó.- Otras medidas preventivas.

Instrucción y educación de la población en general.

Creación de dependencias tanto públicas, como asociaciones civiles que se ocupen de esta problemática.

Guarderías donde los niños puedan ser admitidos a cualquier hora.

Asociación de padres anónimos.

Mejorar el nivel socioeconómico de la familia.

Crear grupos de control y prevención a nivel hospitalario.

Crear grupos de control y prevención en el primer nivel de atención médica, siendo éste interdisciplinario. (6) (7) (18) (25) (27) (37)

REHABILITACION:

Una vez realizados los reconocimientos, las pruebas y los análisis, y ya determinada la naturaleza y la secuela de la lesión física, se tomarán las providencias médicas adecuadas para el caso concreto y se procederá, a la tarea de rehabilitación que corresponda, conforme al órgano o función afectada, cualquiera que sea la naturaleza de la lesión.

1.- Atención psiquiátrica al niño:

Los malos tratos pueden producir afecciones psíquicas, en este caso, procede la atención psiquiátrica, a fin de proporcionar al niño maltratado posibilidad de superar los estados psíquicos originados por las agresiones, y de tener oportunidad para incorporarse a la sociedad en condiciones positivas.

2.- Atención psiquiátrica al agresor:

Con el fin de modificar su conducta y con el objeto de equilibrar el hogar en el que se haya un niño maltratado. Ayudándole la terapia psiquiátrica a elevar su propia estima, a crear o desarrollar valores éticos, sociales y familiares sólidos, de tal suerte que cumplan su misión frente a los niños con afecto, madurez y responsabilidad.

3.- Orientación familiar:

Es otro aspecto relevante en la rehabilitación de los sujetos activos que redonda en beneficio de los niños y facilita la rehabilitación de éstos.

4.- Separación del medio de peligro:

Facilita cualquier tarea de rehabilitación ya sea física o psiquiátrica. No debe de ser definitiva, debe ser gradual y condicionada al progreso del agresor en el ámbito familiar.

5.- Adopción:

Cuando un niño maltratado es alejado del medio del peligro y al retornar a él es objeto de nuevos malos tratos, hay que estimar la adopción permanenté como una medida adecuada para su protección mediante la cual se podrá realizar una eficaz tarea de rehabilitación. (5) (27)

FUNDAMENTACION JURIDICA PARA LA
ATENCION DEL MENOR MALTRATADO

La institución de la patria potestad, tuvo su origen en la ley de las XII tablas del Derecho Romano (siglo V a. c.) en ella, a pesar de que se concedía al padre de la familia poderes de vida y muerte sobre los hijos, la esposa y los nietos, aparece el primer freno a los excesos en el ejercicio de la custodia de los hijos "padre que venda tres veces a un hijo como esclavo, pierde la patria potestad" (43).

Con la evolución de la sociedad los conceptos se modificaron, así, en el siglo XVI, la patria potestad, ya no es absoluta ni perpetua y la autoridad conferida al padre sobre el hijo era para que cumpliera mejor sus deberes hacia él.

En México, el Código Civil tuvo como base la Legislación Civil Francesa de 1808 (43), siendo reformado el 1870 emanando de éste, la Ley de Relaciones Familiares y el Código Civil en vigor, en donde contemplan el maltrato al menor.

El maltrato infantil en nuestro país, puede atacarse jurídicamente tanto en la legislación común para el Distrito Federal como para toda la República, ya sea en materia Civil o Penal.

En el Código Civil existen los artículos: 164, 165, 169, 267 fracciones V, VI, VII, VIII, XII y XV, 282 fracciones III y VI, 284, 285, 287, 303, 305, 306, 444 fracciones III y IV, y 504 fracción II, en donde se establecen normas que contribuyen en diversas formas a la seguridad, al desarrollo del niño y a tratar de evitar conductas nocivas a su integridad somática y psíquica así como los estados de abandono.

En el Código Penal vigente desde 1931 se encuentran artículos que se refieren a la protección del niño en casos de abandono, violación, lesiones y muerte. Considerando de

importancia el conocimiento de cada artículo porque además se incluyen las sanciones en cada caso del tema que nos ocupa, serán expuestos brevemente .

Artículos relacionados con los casos de abandono a niños o personas incapaces de valerse a si mismas.

Artículo 335.- "Al que abandone a un niño o a una persona enferma, se le aplicará pena de un mes a cuatro años de prisión si no resultare daño alguno, privándole además de la patria potestad."

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

Artículo 339.- Establece una presunción de premeditación para los casos en que las situaciones de abandono generen lesiones o muerte.

Artículo 266.- "Se equipara a la violación y se sancionará con las mismas penas la cópula con persona menor de doce años o que por cualquier causa no esté en posibilidad de producirse voluntariamente en sus relaciones sexuales o de resistir la conducta delictuosa."

Artículo 294.- Afortunadamente ha sido reformado a partir de enero de 1984, ya que servía de excusa absolutoria bajo el "derecho de corrección" ocasionando la impunidad de los padres o tutores que castigaban corporalmente a sus hijos. Este artículo dice así actualmente "al que ejerciendo la patria potestad o la tutela infiera lesiones a los menores o pupilos bajo su guarda, el juez podrá imponerle, además de la pena correspondiente a las lesiones, suspensión o privación en el ejercicio de aquellos derechos."

Los artículos anteriormente mencionados proporcionan una protección jurídico-penal hacia el niño, pero existen otras normas en el mismo código que "instituyen la impunibili-

dad o la acentuada atenuación de la pena" respecto de niños maltratados o muertos por sus padres o ascendientes. Así, tenemos los siguientes artículos:

Artículo 325.- "Llámesse infanticidio: la muerte causada a un niño dentro de las setenta y dos horas de su nacimiento, por alguno de los ascendientes consanguíneos."

Artículo 326.- "Al que cometa el delito de infanticidio se le aplicarán de seis a diez años de prisión, salvo lo dispuesto en el artículo siguiente"

Artículo 327.- Se aplicarán de tres a cinco años de prisión a la madre que comete 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 hubiere inscrito en el Registro Civil.

IV.- Que el infante no sea legítimo.

Del contenido de estos tres artículos se puede observar lo siguiente: se crea un tipo especial de homicidio en el cual el sujeto pasivo es un niño menor de setenta y dos horas; se establece una atenuación de la pena para este ilícito en relación con los homicidios simple y calificado y se determina un subtipo más especializado y con una sanción mucho más atenuada para el caso en que la madre cause la muerte de su propio hijo en las condiciones señaladas en el artículo 327 del citado ordenamiento.

SITUACION DEL MEDICO FRENTE AL NIÑO MALTRATADO DENTRO DEL MARCO JURIDICO

Se ha considerado que los problemas éticos y sociales que se le presentan al médico para comunicar a la autoridad pertinente la probable comisión de malos tratos a los niños, los cuales constituyen ilícitos penales, derivan de situaciones subjetivas o desconocimiento de la ley, de las obligaciones y derechos que éstas señalan.

En lo que toca al marco jurídico que alude a la situación del médico frente al niño maltratado, se puede indicar que el orden normativo vigente señala ciertas obligaciones y confiere algunos derechos a los médicos en estos casos.

Los artículos 210 y 211 del Código Penal Distrital y Federal se refieren a los delitos de revelación de secretos, considerando Osario y Nieto (27) que en cuanto se refiere al maltrato infantil, la revelación del secreto profesional sería justa para proteger la integridad física y mental del niño, por lo que no se incurriría en un delito.

En cuanto al delito de difamación en que pudiera verse involucrado un médico en relación con las denuncias de malos tratos a los niños el artículo 357 menciona que no se castigará como calumniador a quien demuestre haber tenido suficientes causas para incurrir en el error, aunque no se haya comprobado la denuncia.

Por otro lado, la ley también castiga a aquellos que a sabiendas de que se comete un delito no lo denuncian, de esta manera el Código de Procedimientos Penales, en su artículo 116 se ocupa de esto al establecer la obligación general de denunciar los delitos perseguibles de oficio.

Se considera también que el médico o la persona que no denuncia los malos tratos que se aplican a la persona de un niño, puede ser acreedor a la sanción establecida en el artículo 400 del Código Penal "Se aplicarán de cinco días a dos años de prisión y multa de

veinte a quinientos pesos al que; no procure por medios lícitos que tenga a su alcance impedir la consumación de los delitos que sabe van a cometerse, o se están cometiendo si son de los que se persiguen de oficio.

Se menciona que en todo caso en que se sospeche de malos tratos, es deber del médico comunicarlo al Ministerio Público, quien se encargará de investigarlos. El DIF-PREMAN indica que a ellos solo deben reportarse los casos graves. (3) (6) (27) (42) (43)

Si bien, se considera que de ninguna manera es aceptable el castigar corporalmente o lesionar en su esfera emotiva a un niño; el agresor, mas que un delincuente es un enfermo y antes de ejercer medidas punitivas se deben poner en marcha medidas preventivas y de rehabilitación que protejan a los niños de malos tratos.

DESCRIPCION DEL PROBLEMA.

"El maltrato al niño en el hogar es uno de los ejemplos mas trágicos de la inhumanidad del hombre hacia el hombre, es el mas oculto y menos controlado de todos los crímenes violentos. Acontece ampliamente, y no va en disminución, sino al contrario va en aumento." (19)

"La agresión al niño por el adulto, puede ser tan sutil o tan viciosa, como lo que acontece entre los mayores; es tan frecuente, que paradójicamente pasa desapercibida y se haya tan enraizada a nuestro modo de ser que la justificamos." (21)

En cuanto a la frecuencia del maltrato infantil, se han tratado de elaborar estadísticas en algunos países, siendo los resultados relativos, debido a la dificultad en la consecución de la información y la veracidad de la misma. Sin embargo se señala que en el año de 1978 en Estados Unidos de América se reportaron 100,000 casos de niños agredidos por sus progenitores, de los cuales el 8% fallecieron y el 14 % quedó lisiado de por vida. (21)

Inglaterra, en 1976 registró 12,800 muertes de niños a manos de sus agresores, los padres. (21)

En México, no existen estadísticas que revelen la magnitud del problema, sin embargo Carlos Heredia Jasso basándose en un estudio del estadígrafo Rodolfo Flores - Talavera, afirma que en el país se presentan anualmente 6'000 000 de niños golpeados por sus padres. (27)

Los complejos fenómenos sociales, políticos, culturales y económicos, aunados a las características propias de la enfermedad entre las que se encuentran lesiones físicas y psicológicas no siempre específicas; hacen que con frecuencia el maltrato infan-

til sea reconocido cuando los niños estan gravemente lesionados.

Se calcula que sin intervención, el 5% de los niños maltratados que regresan a su hogar morirán; el 13% sufrirá daño permanente por abuso repetido. (37)

Las características de los agresores, el agredido y los factores de riesgo desentrañados del maltrato han sido motivo de interés y estudio por parte de diversos profesionales. Coincidiendo en que los responsables del maltrato mas frecuentemente son los padres y de ellos predominantemente la madre. (5) (6) (17) (19) (21) (37)

REVISION CRITICA DE LA LITERATURA

En la bibliografía consultada, se observó que no ha sido descrita la importancia del médico familiar en el maltrato infantil, ni se han planteado sus posibilidades de acción, asimismo tampoco existe una historia natural de la enfermedad.

Existen investigaciones principalmente enfocadas hacia el estudio de características más frecuentes del niño agredido y del agresor, la familia, factores desencadenantes del maltrato y tipo de lesiones.

En México destacan por su importancia y trascendencia los estudios efectuados por el doctor Jaime Marcovich en 1978 y el publicado por el DIF-PREMAN en 1985.

La investigación efectuada por el doctor Jaime Marcovich se basó en una recopilación de 286 casos de niños maltratados, tomados de notas de diversos periódicos en el transcurso de 14 años. En dicho estudio se observó que quien agrede con mayor frecuencia al menor, es la madre, la desocupación se encontró asociada en un 61%. Con respecto a los niños agredidos, fue observado un mayor riesgo para el maltrato en los niños que se encontraban entre la primera semana de vida y de los 4 a 6 años, no habiendo diferencias significativas en cuanto a sexo. Las familias en donde se encontró que con mayor frecuencia se dió la agresión al menor tenían más de cuatro hijos y vivían en hacinamiento. Entre las causas del maltrato predominó el pedir comida y el no poder mantenerlos, correspondiendo la mayor proporción de lesiones a quemaduras (dentro de las que no causaron la muerte). De estos 286 casos el 55.2% murió y la causa más frecuente fue el ahorcamiento. De todas las denuncias solo dos correspondieron a médicos. (17)

El DIF-PREMAN recientemente ha publicado un "Análisis sistemático de los datos registrados de menores maltratados" en un programa actualmente vigente en donde se hace

una recopilación de datos a través de las denuncias registradas de mayo de 1982 a marzo de 1983, comprendiendo un total de 834 denuncias, en donde se observó con mayor frecuencia:

Con respecto al niño maltratado: Edad entre 5 a 9 años sin predominio de sexo, primogénito, escolaridad primaria, lesiones mas comunes equimosis por golpes.

Acerca del agredido: Al igual que el doctor Marcovich encontraron que es la madre quien con mayor frecuencia lesiona al niño, no hay predominio en cuanto a edad, ocupación el hogar y empleado, estado civil-urión libre, escolaridad-deficiente, alcoholismo en el 29% de los casos, siendo los factores predisponentes con mayor frecuencia encontrados los problemas emocionales.

En cuanto a las familias: Familias desintegradas, con ingreso familiar bajo, número total de integrantes de la familia 2-4. Ubicación de la vivienda en zona urbana y en vecindad.

El programa DIF-PREMAN se encarga de incluir en su programa aquellos casos de maltrato infantil que son considerados como graves. (9)

Los resultados de estas investigaciones orientan hacia algunas características mas frecuentes sobre el maltrato infantil, pero la magnitud del problema aún no se conoce porque el número de niños maltratados permanece en el anonimato.

Si bien, los diferentes medios de comunicación se preocupan cada vez mas del problema y ejercen en cierto modo medidas preventivas, en el área médica aún falta mucho por hacer.

RAZONES PARA LLEVAR A CABO LA INVESTIGACION

La literatura médica consultada sobre el maltrato infantil, muestra un enfoque primordial hacia los hallazgos encontrados y sus tratamientos en el segundo y tercer nivel de la atención médica. Los signos clínicos y paraclínicos más frecuentes de este padecimiento, los factores de riesgo determinantes de la existencia del mismo, así como las medidas preventivas, el manejo integral del niño y de su familia han sido descritos por diversos especialistas entre ellos pediatras, psiquiatras, psicólogos, traumatólogos, no encontrándose reportes efectuados por médicos familiares en y para el primer nivel de atención médica.

No existen antecedentes de trabajos similares al que se pretende efectuar, en las clínicas en las que laboran las autoras ("Doctor Alberto Pizanty O." y "Doctor Ignacio Chávez"), del I.S.S.S.T.E.

La intervención del médico familiar en el maltrato infantil es importante porque:

- a) Permitiría prevenir y detectar tempranamente el maltrato infantil impidiendo así llegar a consecuencias como lesiones graves o muerte.
- b) Se requiere de acciones dirigidas al primer nivel de atención médica considerando que el maltrato infantil no es una enfermedad exclusivamente del niño, sino del agresor, la familia y la misma sociedad.
- c) El maltrato infantil va dañando en grados diversos, pero progresivamente a la integridad biopsicosocial del niño.
- d) "El niño maltratado de hoy será el padre golpeador del mañana"
- e) "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." Henry Kempe.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL:

Amliar el conocimiento sobre el maltrato infantil.

OBJETIVOS INMEDIATOS:

- 1.- Proporcionar al médico familiar elementos útiles para un diagnóstico temprano del maltrato infantil en el primer nivel de atención médica.
- 2.- Establecer la importancia de la participación del médico familiar en la prevención diagnóstica, tratamiento, seguimiento y rehabilitación de los niños y los familiares implicados en los casos de maltrato infantil.
- 3.- Deteminar y difundir la existencia de la historia natural de la enfermedad en el maltrato infantil entre el personal de atención a la salud.

OBJETIVOS MEDIATOS:

- 1.- Sensibilizar al médico familiar sobre la existencia del maltrato infantil.
- 2.- Prevenir y diagnosticar oportunamente el maltrato infantil en el primer nivel de atención médica.
- 3.- Motivar la participación del equipo interdisciplinario de salud para el control y seguimiento de los niños y familias afectadas.
- 4.- Aplicar un programa permanente de orientación a padres de familia.

SUJETOS MATERIAL Y PROCEDIMIENTO

SUJETOS

Se efectuó un estudio descriptivo en un grupo de médicos que laboran en clínicas de primer nivel de atención con sistema de medicina familiar y que tienen a su cargo población que incluye a los núcleos familiares en su totalidad. Siendo las clínicas seleccionadas: "Dr. Ignacio Chávez", "Gustavo A. Madero", "Oriente" y "Marina Nacional", del I.S.S.S.T.E., con la finalidad de conocer si existe uniformidad de conocimientos sobre conceptos básicos generales y fundamentales de lo que es el maltrato infantil, y las acciones a seguir una vez detectados los casos.

MATERIAL

Se utilizó un cuestionario que se aplicó al grupo de médicos elegidos.

Para el llenado del cuestionario (ver anexo 1) se solicitó al médico responderlo dentro de su turno de trabajo, no llevándole más de 10 minutos el contestarlo, siendo recolectado el mismo día. Se distribuyó previa autorización del Jefe de Enseñanza de cada clínica.

Se llevó a cabo una prueba piloto antes de su aplicación con un grupo de 13 médicos residentes de la especialidad de Medicina General Familiar del I.S.S.S.T.E., con sede en la clínica "Dr. Ignacio Chávez" con el objeto de obtener la mejor comprensión de los reactivos, corrigiendo y modificando aquellos que no eran suficientemente claros.

PROCEDIMIENTO

La encuesta constó de 21 reactivos, que para fines de codificación dió 23 dígitos

computables.

La información que se buscaba obtener en cada reactivo fue la siguiente:

Las primeras 5 preguntas dan a conocer que tan cerca se ha encontrado el entrevistado de los casos de maltrato infantil.

La primera y segunda preguntas se incluyeron tratando de correlacionar la cercanía que ha tenido el entrevistado al efectuarse la detección del maltrato infantil, ya sea estando en relación con los profesionales que lo detectaron o efectuándola el mismo en su práctica profesional.

La tercera pregunta evalúa el lugar donde se efectuó la detección del caso, ya que generalmente se lleva a cabo a nivel hospitalario siendo poco frecuente en la consulta de medicina familiar.

En relación a la anterior pregunta la número 4 esta encaminada a conocer si es más común su detección en consulta privada o a nivel institucional, ya que reportes efectuados al respecto indican que se acude con mayor frecuencia a la consulta privada por temor. (7) (12)

La pregunta número 5, fue diseñada para conocer la conducta más comúnmente seguida por el médico que ha detectado algún caso de maltrato infantil, en la respuesta se le dan seis opciones, tomando como correcta cualquiera a excepción de la letra "e" ya que el no hacer nada implica no dar importancia al problema o su desconocimiento. (14)

Las preguntas anteriores (1 a 5) únicamente nos indican la relación y actitud tomadas por el entrevistado ante la aparición del maltrato infantil.

Las siguientes preguntas (6,7 y 8) tratan de indagar el conocimiento sobre conceptos generales y fundamentales acerca del maltrato infantil.

En lo que respecta a la pregunta número 6, proporciona información sobre el conocimiento que tiene el entrevistado en cuanto al tipo de lesiones que pueden encontrarse en general

dentro de esta patología, como opciones de respuesta se dan una serie de 5, siendo considerada correcta la letra "d", la cual incluye todo tipo de lesiones. (2) (7) (9) (12) (17) (18)

La variable agresores se incluye en la pregunta número 7, y con ella se intenta investigar si el médico está conciente de que cualquier persona mayor en edad que el niño puede reducir el maltrato. La opción correcta es la letra "d". (7) (12) (17) (27) (33)

La pregunta número 8, se refiere al lugar de adquisición de los conocimientos sobre el tema y es incluida con el fin de conocer la profundidad y veracidad de la información recibida por el encuestado, considerándose como correctas las respuestas "a" y "b" que tienen bases científicas.

Las siguientes preguntas tratan de características y entidades patológicas que pueden presentar los niños que son o están en riesgo de ser maltratados.

En lo que se refiere a la pregunta número 9, enumera en sus opciones diferentes características en relación a entidades patológicas dándose como respuestas a la interrogante ¿ha atendido casos?. El contestar afirmativamente a cualquiera de las opciones será considerada como correcta, ya que todas estas entidades pueden presentarse en el maltrato infantil. (7) (12) (17) (27) (33)

La pregunta número 10 interroga sobre la sospecha de posible existencia de maltrato infantil y es de esperarse una respuesta afirmativa.

En la siguiente pregunta se manejan como variables características que pueden estar presentes en niños con riesgo de ser maltratados, ya sea porque estas los hacen especiales o distintos a los demás niños. Al igual que la pregunta número 9, cualquier opción será tomada como correcta.

La pregunta número 12, al igual que la 10, interroga sobre la sospecha de que los caracteres especiales podrían ser factores de riesgo para la aparición de maltrato

infantil, esperándose la respuesta sea afirmativa. (7) (12) (17) (27) (33)

La pregunta número 13 maneja características en adultos, al cuidado de los niños, ya que se ha visto que estas particularidades se encuentran presentes en los casos de maltrato infantil. Al igual que las anteriores cualquier opción se tomará como correcta. La pregunta 14 indaga sobre el conocimiento del médico encuestado acerca de que las particularidades mencionadas en la pregunta número 13 pueden ser factores de riesgo para la aparición del maltrato infantil, se espera la respuesta como afirmativa.

Las preguntas 15 y 16 que se efectúan acerca de familias, fueron diseñadas para hacer notar al entrevistado cuales son los núcleos familiares en que mas frecuentemente se presenta esta entidad, en la número 15, en las opciones de respuesta se enumeran una serie de particularidades presentes en las familias, en las que se encuentra mas frecuentemente el maltrato. La pregunta número 16 únicamente indaga sobre el conocimiento del mismo y la respuesta es afirmativa. (7) (12) (17) (27) (33)

El estrato socioeconómico se ha incluido en la pregunta número 17, con la finalidad de saber que tan difundida se encuentra la información de que esta entidad no es exclusiva de un medio socioeconómico determinado, por lo que la respuesta correcta será la letra "d" que es la que incluye a todos.

Las preguntas 18 y 19, estan encaminadas hacia el manejo del maltrato infantil, y en ellas se encuentran las variables quien y a quienes se debe dar el mismo. Considerandose en éstas el conocimiento del entrevistado acerca de la importancia de su manejo por el equipo interdisciplinario de salud tanto al niño agredido, su familia y al agresor, ya sea que se trate de un familiar o no. Las opciones correctas son para la pregunta número 18 la letra "c" y en la 19 la letra "e". (6) (7) (18) (27) (37)

La pregunta número 20, interroga al encuestado si considera puede ser prevenido el maltrato infantil, y se espera que la respuesta sea afirmativa.

Por último la pregunta número 21, tiene como fin conocer la importancia que el médico entrevistado dé a un programa de enseñanza para la detección, prevención y control de este problema, se espera que el entrevistado responda que es útil e indispensable ya que el no valorarlo así implicaría no dar importancia al problema.

ANÁLISIS DEL CUESTIONARIO

En el margen derecho de cada página se designó un espacio como zona de precodificación, con indicación al encuestado de no marcar en esa zona; en la cual se resumió la información obtenida.

Una vez llenados los instrumentos, la información se vació en la zona de precodificación de los mismos, procediéndose después a organizar los datos en forma de tablas de frecuencia simples.

R E S U L T A D O S

Se aplicaron un total de 67 cuestionarios distribuidos de la siguiente manera:

- 14 Clínica Marina Nacional,
- 18 Clínica Gustavo A. Madero.
- 15 Clínica Dr. Ignacio Chávez.
- 20 Clínica Oriente.

Se encontró que en la Clínica Marina Nacional, el 93% de los médicos entrevistados, tienen conocimiento de la existencia del maltrato infantil, a diferencia de la Clínica Gustavo A. Madero, en la que únicamente el 67% conoce esta entidad, como se ejemplifica en la tabla siguiente:

T A B L A I

NUMERO DE RESPUESTAS AFIRMATIVAS Y NEGATIVAS SOBRE EL CONOCIMIENTO DE LA EXISTENCIA DE MALTRATO INFANTIL. EN CUATRO CLINICAS DEL I.S.S.S. T.E., EN EL MES DE ABRIL DE 1986.

CLINICA	RESPUESTA AFIRMATIVA	%	RESPUESTA NEGATIVA	%	TOTAL	%
MARINA NACIONAL	13	93	1	7	14	100
GUSTAVO A. MADERO	12	67	6	33	18	100
IGNACIO CHAVEZ	12	80	3	20	15	100
ORIENTE	15	75	5	25	20	100
TOTAL	52	78	15	22	67	100

La detección se ha realizado con mayor frecuencia en la Clínica Dr. Ignacio Chávez el 73% de los entrevistados la efectuó, existiendo el mas bajo porcentaje en la Clínica Oriente, donde únicamente el 50% la ha llevado a cabo. como se presenta en la siguiente tabla:

T A B L A I I

NUMERO DE RESPUESTAS AFIRMATIVAS Y NEGATIVAS SOBRE DE DETECCION DE CASOS DE MALTRATO INFANTIL

CLINICA	RESPUESTA AFIRMATIVA	%	RESPUESTA NEGATIVA	%	TOTAL	%
MARINA NACIONAL	10	72%	4	28%	14	100%
GUSTAVO A. MADERO	12	67%	6	33%	18	100%
IGNACIO CHAVEZ	11	73%	4	27%	15	100%
ORIENTE	10	50%	10	50%	20	100%
TOTAL	45	65%	24	35%	67	100%

El lugar de detección del Maltrato infantil, fue efectuado por igual en la consulta de Medicina Familiar y en el Hospital siendo la mayoría a nivel Institucional 69%, y el 31% - en consulta particular, como se presenta en la siguiente tabla:

T A B L A I I I

NUMERO Y LUGAR DE DETECCION DE CASOS DE MALTRATO INFANTIL

CLINICA	CONSULTA MED. FAM.	%	HOSPITAL	%	PARTICULAR	%	INST.	%
MARINA NACIONAL	5	36%	5	36%	1	7%	9	65%
GUSTAVO A. MADERO	6	33%	6	33%	7	39%	7	39%
IGNACIO CHAVEZ	7	47%	5	33%	4	27%	6	40%
ORIENTE	6	30%	8	40%	3	15%	11	55%
TOTAL	24	50%	24	50%	15	31%	33	69%

Acercas del tipo de lesiones que presenta el maltrato infantil, se encontró que en la Clínica Marina Nacional, se tiene un mejor conocimiento, ya que el 93% de los encuestados respondió correctamente, en contraste con la Clínica Oriente donde únicamente el 65% de ellos hizo, como a continuación se presenta:

T A B L A I V

NUMERO DE RESPUESTAS CORRECTAS E INCORRECTAS SOBRE EL CONOCIMIENTO DE LESIONES QUE SE PRESENTAN EN EL MALTRATO

CLINICA	RESPUESTA CORRECTA	%	RESPUESTA INCORRECTA	%	TOTAL	%
MARINA NACIONAL	13	93	1	7	14	100
GUSTAVO A. MADERO	16	89	2	11	18	100
IGNACIO CHAVEZ	11	73	4	27	15	100
ORIENTE	13	65	7	35	20	100
TOTAL	53	79	14	21	67	100

De los casos detectados fueron reportados únicamente el 59%, siendo la Clínica Dr. Ignacio Chávez la que realizó con mayor frecuencia su reporte, y la Clínica Marina Nacional la que menos lo hizo, como se observa en la tabla siguiente:

T A B L A V

NUMERO DE CASOS DE MALTRATO INFANTIL DETECTADOS Y REPORTADOS

CLINICA	REPORTADOS	%	NO REPORTADOS	%	NO CONTESTO	%	TOTAL	%
MARINA NACIONAL	9	65	1	7	4	28	14	100
GUSTAVO A. MADERO	10	56	2	11	6	33	18	100
IGNACIO CHAVEZ	10	66	1	7	4	27	15	100
ORIENTE	10	50	3	15	7	35	20	100
TOTAL	39	59	7	10	21	31	67	100

El lugar al cual fueron reportados más frecuentemente los casos fue al servicio de Trabajo Social, siendo menos común su reporte a la Procuraduría de la Defensa del Menor, como se especifica en la tabla siguiente:

T A B L A V I
RELACION DEL LUGAR AL QUE SE REPORTARON LOS CASOS DE MALTRATO
INFANTIL DETECTADOS

CLINICA	A	B	C	D	E
MARINA NACIONAL		1	1	1	9
GUSTAVO A. MADERO		2	4	4	3
ORIENTE		3	6	5	1
IGNACIO CHAVEZ	3	2	4	4	6
TOTAL	3	8	15	14	19

A-Reportó el caso a la Procuraduría de la Defensa del Menor.

B-Lo codificó en la hoja de control.

C-Lo canalizó a otro nivel de atención.

D-Siguió el caso y participó en su control.

E-Lo canalizó a Trabajo Social.

Con relación a quienes son los agresores en el Maltrato Infantil, en la Clínica Gustavo A. Madero se tiene mayor conocimiento ya que el 83% respondió correctamente, en contraste con la Clínica Oriente, en donde solo el 65% la conoce, como se especifica en la siguiente tabla:

TABLA VII

NUMERO DE RESPUESTAS CORRECTAS E INCORRECTAS SOBRE EL CONOCIMIENTO
DE AGRESORES EN EL MALTRATO

CLINICA	RESPUESTA CORRECTA	%	RESPUESTA INCORRECTA	%	TOTAL	%
MARINA NACIONAL	11	79	3	21	14	100
GUSTAVO A. MADERO	15	83	3	17	18	100
IGNACIO CHAVEZ	11	73	4	27	15	100
ORIENTE	13	65	7	35	20	100
TOTAL	50	74	17	26	67	100

La adquisición de conocimientos sobre el maltrato infantil, ha sido realizado por medio de fuentes científicas en el 84% de los entrevistados, mientras el 13% los obtuvo de fuentes no científicas, como se aprecia en la siguiente tabla:

TABLA VIII

NUMERO DE ADQUISICION DE CONOCIMIENTOS CIENTIFICOS Y NO CIENTIFICOS
SOBRE EL MALTRATO INFANTIL

CLINICA	FUENTES CIENTIFICAS	%	FUENTES NO CIENTIF.	%	NO CONTESTO	%	TOTAL	%
MARINA NACIONAL	13	93	1	7	-	-	14	100
GUSTAVO A. MADERO	18	100	-	-	-	-	18	100
IGNACIO CHAVEZ	12	80	2	13	1	7	15	100
ORIENTE	13	65	6	30	1	5	20	100
TOTAL	65	84	9	13	2	3	67	100

Se enumeró una lista de padecimientos y se preguntó al entrevistado sobre la atención prestada a su población infantil encontrando, que el 91% de ellos ha atendido niños con la patología presentada como se especifica en la siguiente tabla:

T A B L A I X

NUMERO DE CONSULTAS OTORGADAS POR EL ENTREVISTADO A LA POBLACION
INFANTIL

CLINICA	POBLACION INF. ATENDIDA	%	NO CONTEST.	%	TOTAL	%
MARINA NACIONAL	12	86	2	14	14	100
GUSTAVO A. MADERO	18	100	-	-	18	100
IGNACIO CHAVEZ	13	77	2	13	15	100
ORIENTE	18	90	2	10	20	100
TOTAL	61	91	6	9	67	100

De la lista enumerada de padecimientos se encontró que la mas presentada por la población infantil atendida, es la presencia de manifestaciones diversas de ansiedad y en menor proporción las otras patologías como se aprecia en el siguiente cuadro:

T A B L A X

RELACION DE PADECIMIENTOS POR LOS QUE FUE ATENDIDA LA POBLACION
INFANTIL

CLINICA	A	B	C	D	E
MARINA NACIONAL	4	5	1	-	8
GUSTAVO A. MADERO	6	5	3	-	15
IGNACIO CHAVEZ	8	5	3	-	10
ORIENTE	11	9	8	1	10
TOTAL	29	24	15	1	43

- A- Traumatismos de más de un día en recibir atención
- B- Lesiones dérmicas en diversos estadios.
- C- Fracturas en diferentes estadios de consolidación.
- D- Retinopatía sin causa aparente.
- E- Manifestaciones diversas de ansiedad como: fobias, terrores nocturnos, alopecia, onicología, etc.

Entonces se interrogó al encuestado si la presencia de dicha patología le había hecho sospecha en la existencia de Maltrato, contestando el 64% que sí, el 22% que no y el 14% no contestó.

Se interrogó al entrevistado si su población infantil presentaba alguna de las características enlistadas, teniendo como resultado que el 94% de ellos contestó afirmativamente -- siendo las más comunmente encontradas: la enuresis y el bajo rendimiento escolar, y lo más raro, niños con defectos físicos como se especifica en la siguiente tabla:

T A B L A X I

RELACION DE CARACTERÍSTICAS ENCONTRADAS EN LA POBLACION
INFANTIL ADSCRITA

CLINICA	A	B	C	D	E	F	G	H
MARINA NACIONAL	7	7	4	7	2	2	2	3
GUSTAVO A MADERO	15	6	5	13	5	6	4	7
IGNACIO CHAVEZ	11	13	7	10	6	8	4	6
ORIENTE	14	10	5	17	6	7	2	5
TOTAL	47	36	21	47	19	23	12	26

- A - Enuresis.
- B - Hiperquinesia
- C - Dislexia.
- D - Bajo rendimiento escolar.
- E - C.I. bajo.
- F - Retraso psicomotor.
- G - Niños con marcado defecto físico.
- H - Niños de embarazos no deseados con intento de aborto.

Se preguntó al encuestado si sabía que las características mencionadas, podrían ser factores de riesgo para la aparición de Maltrato Infantil, a lo que contestaron el 64% que sí, el 28% que no y el 8% no contestó.

Se enumeró una serie de particularidades y se interrogó si entre su población de adultos tiene pacientes que estén al cuidado de niños y las tengan, a lo que respondió el 89% que sí, siendo la más frecuentemente encontrada, los problemas de relación con su pareja y la menos común la Drogadicción, como se detalla en la siguiente gráfica:

T A B L A X I I
RELACION DE CARACTERISTICAS ENCONTRADAS EN LA POBLACION
DE ADULTOS AL CUIDADO DE NIÑOS

CLINICA	A	B	C	D	E	F	G	H
MARINA NACIONAL	6	4	7	7	12	10		8
GUSTAVO A. MADERO	6	5	11	9	17	10	2	9
IGNACIO CHAVEZ	7	5	10	12	11	12	1	12
ORIENTE	5	4	12	9	13	11	5	10
TOTAL	24	18	40	37	53	43	8	39

- A - Empleo no gratificante.
- B - Desempleo.
- C - Neurosis.
- D - Depresión.
- E - Problemas de relación con pareja.
- F - Alcoholismo.
- G - Drogadicción.
- H - Hijos siendo solteras.

Se preguntó si tenía conocimiento de que dichas características podrían ser factores de riesgo para la aparición del Maltrato a lo que contestó el 90% afirmativamente, el 3% no sabían y el 7% no contestó.

Se dió una serie de tipos de familias, preguntando si estas existen entre sus núcleos familiares, a lo que respondieron el 93% afirmativamente, y el 7% no contestó.

Las particularidades más encontradas dentro de estos tipos de familias fueron, las familias numerosas, y las menos encontradas fueron las familias extensivas, como se detalla en la tabla siguiente:

T A B L A X I I I

RELACION DE PARTICULARIDADES ENCONTRADAS EN LAS FAMILIAS

CLINICA	A	B	C	D	E	F
MARINA NACIONAL	9	9	8	3	4	6
GUSTAVO A. MADERO	16	9	11	14	6	7
IGNACIO CHAVEZ	10	9	7	6	5	5
ORIENTE	18	7	10	7	5	8
TOTAL	53	34	36	30	20	26

A - Familia numerosa.

54

B - Ser familia de unión extramarital.

C - Antecedentes de unión anterior.

D Familia con conceptos rígidos de la autoridad con relación castigo-educación.

E Familia extensiva.

F Algún familiar con enfermedad invalidante.

Se interrogó al encuestado si era de su conocimiento que en este tipo de familias era más frecuente la aparición de Maltrato, a lo que el 82% contestó afirmativamente, el 12% negativamente y el 6% no contestó.

Se indagó el conocimiento de los entrevistados acerca de en que estrato socioeconómico se presenta el Maltrato Infantil, contestando correctamente el 64%, incorrectamente el 31% y contestando el 5% como a continuación se ejemplifica:

T A B L A X I V

NUMERO DE RESPUESTAS CORRECTAS E INCORRECTAS SOBRE EL CONOCIMIENTO DE EN QUE ESTRATO SOCIOECONOMICO SE PRESENTA EL MALTRATO INFANTIL

CLINICA	RESPUESTA CORRECTA	%	RESPUESTA INCORRECTA	%	NO CONTESTO	%	TOTAL	%
MARINA NACIONAL	12	86	2	14	-	-	14	100
GUSTAVO A MADERO	8	45	10	55	-	-	18	100
IGNACIO CHAVEZ	9	60	4	37	2	13	15	100
ORIENTE	14	70	5	25	1	5	20	100
TOTAL	43	64	21	31	3	5	67	100

Se preguntó quien debe manejar los casos de Maltrato Infantil detectados, contestando el 79% que el equipo interdisciplinario de salud, y el 19% dió otras opciones erróneas, el 2% no contestó como se presenta en la siguiente tabla:

T A B L A X V

NUMERO DE RESPUESTAS CORRECTAS E INCORRECTAS SOBRE QUIEN DEBE
MANEJAR LOS CASOS DETECTADOS DE MALTRATO INFANTIL

CLINICA	RESPUESTA CORRECTA	%	RESPUESTA INCORRECTA	%	NO CONTESTO	%	TOTAL	%
MARINA NACIONAL	13	93	1	7	-	-	14	100
GUSTAVO A. MADERO	13	72	5	28	-	-	18	100
IGNACIO CHAVEZ	15	100	-	-	-	-	15	100
ORIENTE	12	60	7	35	1	5	20	100
TOTAL	53	79	13	19	1	2	67	100

Se interrogó a quien debe ser dirigido el manejo, contestando correctamente el 73%, incorrectamente el 25% y no contestando el 2% como a continuación se presenta:

T A B L A X V I

NUMERO DE RESPUESTAS CORRECTAS E INCORRECTAS AL PREGUNTAR A QUIEN
DEBE SER DIRIGIDO EL MANEJO EN EL MALTRATO INFANTIL

CLINICA	RESPUESTA CORRECTA	%	RESPUESTA INCORRECTA	%	NO CONTESTO	%	TOTAL	%
MARINA NACIONAL	11	79	3	21	-	-	14	100
GUSTAVO A. MADERO	13	72	5	28	-	-	18	100
IGNACIO CHAVEZ	12	80	3	20	-	-	15	100
ORIENTE	13	65	6	30	1	5	20	100
TOTAL	49	73	17	25	1	2	67	100

Se preguntó al encuestado si este consideraba que el Maltrato se podría prevenir, a lo que contestaron el 97% que sí, el 1.5% que no y el 1.5% no contestó, como se especifica en la siguiente tabla:

T A B L A X V I I

NUMERO DE RESPUESTAS AFIRMATIVAS Y NEGATIVAS SOBRE SI EL MALTRATO
 PUEDE SER PREVENIDO EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCION

CLINICA	RESPUESTA CORRECTA	%	RESPUESTA INCORRECTA	%	NO CONTESTO	%	TOTAL	%
MARINA NACIONAL	14	100	-	-	-	-	14	100
GUSTAVO A. MADERO	18	100	-	-	-	-	18	100
IGNACIO CHAVEZ	14	93	1	7	-	-	15	100
ORIENTE	19	95	-	-	1	5	20	100
TOTAL	65	97	1	1.5	1	1.5	67	100

Interrogamos al entrevistado sobre un programa de enseñanza para la prevención de-
 tECCIÓN y control del Maltrato Infantil sería de utilidad. a lo que respondieron el 85% que se-
 ría útil e indispensable el 13% que sería de utilidad y el 2% no contestó, como se detalla
 en la siguiente tabla:

T A B L A X V I I I

NUMERO DE RESPUESTAS CORRECTAS E INCORRECTAS AL PREGUNTAR SI UN
 PROGRAMA DE ENSEÑANZA PARA LA PREVENCIÓN, DETECCIÓN Y CONTROL
 DEL MALTRATO INFANTIL SERIA UTIL E INDISPENSABLE.

CLINICA	RESPUESTA CORRECTA	%	RESPUESTA INCORRECTA	%	NO CONTESTO	%	TOTAL	%
MARINA NACIONAL	13	93	1	7	-	-	14	100
GUSTAVO A. MADERO	14	78	4	22	-	-	18	100
IGNACIO CHAVEZ	11	73	4	27	-	-	15	100
ORIENTE	19	95	-	-	1	5	20	100
TOTAL	57	85	9	13	1	2	67	100

CONCLUSIONES

1.- Los médicos entrevistados saben de la existencia del maltrato infantil, pero carecen de un conocimiento básico y uniforme de los aspectos físicos y psicológicos que caracterizan al problema, observándose que:

a) Dentro de su población pediátrica adscrita se encuentran niños con manifestaciones sugestivas de maltrato infantil, pero no siempre se sospecha de su existencia.

b) Los factores de riesgo en el adulto, el niño y la familia fueron frecuentes dentro de los núcleos familiares controlados por el médico encuestado, sin embargo no siempre fueron detectados como tales.

c) Con respecto al estrato socioeconómico fue de interés observar que un porcentaje elevado considera que el maltrato infantil es exclusiva de la clase socioeconómica baja, siendo que está comprobado que se puede presentar en cualquier nivel socioeconómico.

2.- La detección se está realizando tanto en la consulta de medicina familiar, como en los Centros Hospitalarios, pero su manejo no es uniforme, ya que existen diversos caminos seguidos por los médicos que detectaron el problema.

a) No existe una labor del equipo interdisciplinario de salud, en la detección temprana y control de los casos.

b) Hay quien desconoce que se debe dar un manejo integral al niño, al agresor y a la familia en los casos de maltrato infantil.

3.- Se carece de un conocimiento acerca de las acciones jurídicas correspondientes al caso.

4.- La información obtenida por los médicos encuestados no siempre tuvo bases científicas considerando la mayoría de los encuestados que un programa de enseñanza sobre El Maltra

to Infantil sería útil e indispensable.

PROPUESTAS DERIVADAS DE LA INVESTIGACION

Historia Natural de la Enfermedad en el Maltrato Infantil. (Propuesta 1)

- La Intervención del Médico Familiar en la Prevención, Detección Oportuna y Control de los casos detectados. (Propuesta 2)

- Flujograma para acciones a seguir ante la sospecha de Maltrato Infantil en el primer nivel de atención, en donde se contempla la participación de equipos interdisciplinarios y la necesidad de un manejo integral del niño, el agresor y su núcleo familiar.

HISTORIA NATURAL DEL MALTRATO INFANTIL SIN INTERVENCIÓN		
PERIODO PREPATOGENICO	PERIODO PATOGENICO	
<p>FACTORES DE RIESGO:</p> <p>En el adulto: Fue niño maltratado. Inadecuada. Violenta. Inmoral. Alcohólica. Drogadicta. Duermida. Psicópata. Neurótico.</p> <p>En el niño: No fue deseado. "Diferente". Hiperactivo. Defectos físicos. Problemas psicomotores. No cumple expectativas de los padres.</p> <p>En la familia: Crisis o una serie de crisis. Problemas socioeconómicos, cualquier transgresión emocional.</p> <p>En la sociedad: Tolerancia cultural "Derecho de corrección".</p>	<p>1.- Quemaduras. 2.- Equimosis, hematomas, hemorragias. 3.- Fracturas o luxaciones. 4.- Lesiones: cutáneas, mucosas, viscerales variadas. 5.- Manifestaciones de ansiedad.</p> <p>Abuso físico y/o emocional</p> <p>1.- Lesiones genitales. 2.- Manifestaciones de ansiedad. 3.- Lesiones físicas diversas.</p> <p>Abuso Sexual</p> <p>1.- Desnutrición, anemia. 2.- Retraso en el desarrollo psicomotor. 3.- Infecciones frecuentes. 4.- Sr. de detención del crecimiento y desarrollo.</p> <p>Descuido físico y/o emocional</p> <p>Laboratorio y gabinete. Exámenes útiles para el Diagnóstico Diferencial. Lab. Bx, pruebas de coagulación, furolo y calcio, E.G.O. Rx. Cráneo, tórax, extremidades.</p> <p>Exámenes especiales: E.E.G. Pruebas psicológicas.</p>	<p>Complicaciones tempranas: 1.- Alteraciones de la salud. (Invalidez, retraso psicomotor, etc.) 2.- Problemas escolares. 3.- Muerte.</p> <p>Complicaciones tardías: 1.- Conductas juveniles antisociales. (delincuencia, drogadicción, etc.) 2.- Serán padres golpeadores.</p>

NIVELES DE APLICACION DE LAS MEDIDAS PREVENTIVAS

PREVENCIÓN PRIMARIA	PREVENCIÓN SECUNDARIA	PREVENCIÓN TERCIARIA
<p>Promoción de la salud.</p> <p>1.- Fomentar la comunicación y convivencia familiar.</p> <p>2.- Escuelas permanentes para padres. (PPOP)</p> <p>3.- Orientación prenatal y prenatal.</p> <p>Protección inespecífica.</p> <p>1.- Difusión de la H.N. del Maltrato Infantil a personas relacionadas con niños.</p> <p>2.- Detección de los factores de riesgo.</p> <p>3.- Reconocimiento psicológico prenatal.</p> <p>4.- Asociación de padres anónimos (golpeadores o en riesgo de serlo).</p> <p>5.- Guarderías de 24 hrs.</p>	<p>Sospecharlo en:</p> <p>1.- Niño accidentado que tarda en recibir atención. 2.- Lesiones cuyo origen no sea claro. 3.- Sr. de detención de crecimiento y desarrollo.</p> <p>Pruebas de Lab. y gabinete para hacer diagnóstico diferencial.</p> <p>TRATAMIENTO OPORTUNO Depende de la severidad de las lesiones y encaminado al control de las lesiones físicas.</p> <p>LIMITACION DEL DAÑO</p> <p>1.- Separación del medio de peligro. 2.- Hogares sustitutos. 3.- Tratamiento psicológico del niño y de su agresor. 4.- Terapia familiar. 5.- Grupos de control y prevención en el 1er. nivel de atención y a nivel hospitalario.</p>	<p>1.- Al niño: Física y psicológica.</p> <p>2.- Al agresor: Psicológica.</p> <p>3.- A la familia: Terapia familiar.</p> <p>4.- Visitas periódicas a la familia.</p> <p>5.- Ingreso de los padres al programa de padres anónimos.</p>

PROPUESTA 2

LA INTERVENCION DEL MEDICO FAMILIAR EN EL MALTRATO INFANTIL

PREVENCIÓN

La estrecha relación médico-paciente, médico-familia, coloca en un sitio privilegiado dentro del sistema de salud al médico familiar en cuanto a sus posibilidades de prevenir algunas entidades patológicas.

En el maltrato infantil que es multifactorial y que implica problemática no solo del niño agredido sino de la familia y la misma sociedad puede ser prevenido por el médico familiar en coordinación con el equipo interdisciplinario de salud, con acciones específicas como:

PROMOCIÓN DE LA SALUD

1.- Formación de un programa de "Orientación Permanente para Padres".

En donde se muestre al niño y la familia en sus diferentes etapas; en la salud, en enfermedad y estados de crisis.

2.- Fomentar la convivencia y comunicación familiar.

Esto a través de orientación directamente con el núcleo familiar y a través de actividades recreativas coordinadas por el equipo de salud.

3.- Orientación prematrimonial y prenatal.

Esto se puede llevar a cabo tanto a nivel individual dentro del consultorio de Medicina Familiar, como a nivel grupal, en sesiones de orientación.

PROTECCION ESPECIFICA

1.- Difusión de la Historia Natural de la Enfermedad del Maltrato Infantil.

A personas relacionadas con niños (médicos, maestros, pedagogos, psicólogos etc.)

2.- Detección de factores de riesgo y seguimiento de niños y familias.

3.- Coordinación del equipo de salud para la formación de:

a) "Grupos de Padres Golpeadores" formados en cada clínica y manejados en sesiones de orientación grupal.

b) Familias de padres golpeadores manejándose a nivel de consultorio por el médico familiar con sesiones de orientación.

4.- Promover la formación de guarderías de 24 horas, donde los padres tensionados puedan acudir en busca de ayuda.

DETECCION

Diagnóstico temprano. El cual se facilitará si se mantiene una actitud vigilante actuando en coordinación con el Servicio de Trabajo Social y Psicología.

Descartar maltrato infantil en:

a) Todo niño accidentado cuyo origen de lesiones no sea claro y tardan en recibir atención médica.

b) Síndrome de detección del crecimiento y desarrollo.

c) Ante todo niño lesionado en el que se capte presencia de factores de riesgo en él o en su familia.

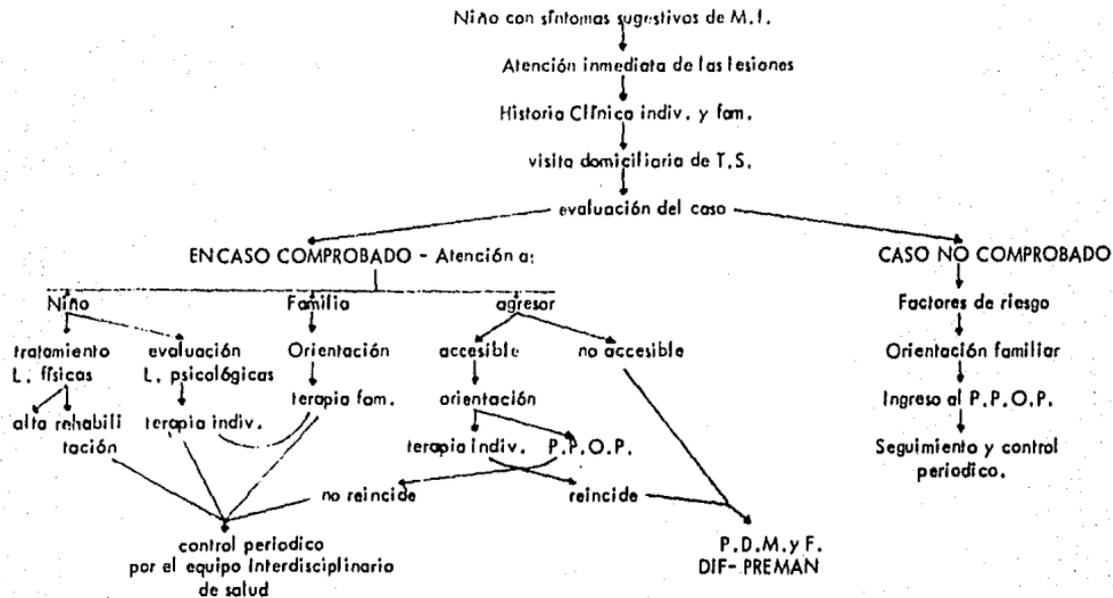
TRATAMIENTO OPORTUNO

De acuerdo al cuadro clínico presentado y a la magnitud de las lesiones, será su manejo y canalización a otros niveles de atención. Cuando no requiere atención intrahospitalaria debe participar el equipo interdisciplinario de salud para determinar las acciones a seguir según cada caso.

REHABILITACION

La participación del médico familiar en esta área también debe ser en forma conjunta con el equipo de salud y dirigidas al niño, el agresor y a la familia, con control periódico para prevenir reincidencias.

FLUJOGRAMA PARA EL PRIMER NIVEL DE ATENCION MEDICA ANTE LA SOSPECHA
DE MALTRATO INFANTIL



P.P.O.P. Programa Permanente de Orientación para Padres.

P.D.M. y F. Procuraduría de la Defensa del Menor y la Familia.

El presente cuestionario ha sido elaborado con el fin de valorar la situación del "Maltrato Infantil" en cuatro Clínicas de Medicina Familiar del I.S.S.S.T.E.

Es de suma importancia la veracidad que de a las respuestas para que dicho estudio cumpla su objetivo, por lo que se ha omitido el nombre y datos personales del médico encuestado.

La información obtenida será de uso confidencial y con fine de investigación exclusivamente.

GRACIAS

MALTRATO INFANTIL

Cuestionario para ser llenado con respuesta afirmativa o negativa, así como de opción múltiple. Encerrar en un círculo la respuesta.

1.- Ha sabido de la existencia de algún caso de Maltrato Infantil ?

si

no

1

2.- Ha detectado usted casos de maltrato infantil en su practica profesional?

si

no

2

3.- En caso afirmativo en donde:

a) Consulta de Medicina Familiar.

b) Hospital.

3 4

4.- A nivel:

A) Particular.

B) Institucional.

5 6

5.- Si contestó afirmativamente, responda:

a) Reportó el caso a la Proc. de la Def. del menor.

b) Lo codificó en la hoja de control rosa.

c) Lo canalizó a otro nivel de atención.

d) Siguió el caso y participo en su control.

e) Lo canalizó a trabajo social.

f) No hizo nada.

7

6.- En el maltrato infantil se pueden encontrar:

- a) Lesiones físicas.
- b) Lesiones psicológicas.
- c) Abuso sexual.
- d) Todas las anteriores.
- e) Exclusivamente a y b.

8

7.- Se considera maltrato infantil cuando los agresores son:

- a) Exclusivamente los padres.
- b) Familiares (hermanas, tíos, abuelos).
- c) Personas que están al cuidado del niño.
- d) Cualquier persona de mayor edad que el niño.

9

8.- Donde adquirió sus conocimientos sobre el Maltrato Infantil?

- a) Libros y revistas médicas.
- b) Seminario o conferencias.
- c) Revistas no médicas.
- d) Otros medios de comunicación (Tv., radio, etc.).

10

9.- Ha atendido en su población pediátrica casos con los siguientes problemas?

- a) Traumatismos de más de un día en recibir atención.
- b) Lesiones dérmicas en diversos estadios.
- c) Fracturas en diferentes estadios de consolidación.
- d) Retinopatía sin causa aparente.
- e) Manifestaciones diversas de ansiedad como: fobias, terrores nocturnos, alopecia, onicofagia, etc.

11

10.- Sospechó que se podía tratar de maltrato infantil ?

sí

no

7

12

11.- Tiene en su población adscrita niños con algunas de estas características?

a) Enuresis.

b) Hiperquinesia.

c) Dislexia.

d) Bajo rendimiento escolar.

e) C.I. bajo.

f) Retraso psicomotor.

g) Niños con marcados defectos físicos.

h) Niños de embarazos no deseados con intento de aborto.

13

Si contestó afirmativamente a cualquiera de las opciones anteriores responda la siguiente pregunta.

12.- Sospechó que las características antes mencionadas pueden ser factores de riesgo para ser maltratado ?

sí

no

14

13.- Entre su población de adultos tiene pacientes que estén al cuidado de niños y tengan :

a) Empleo no gratificante.

h) Hijos siendo solteros.

b) Desempleo.

c) Neurosis.

d) Depresión.

e) Problemas de relación con su pareja.

f) Alcoholismo.

g) Drogadicción.

15

Si contestó afirmativamente alguna de las opciones anteriores, responda la siguiente pregunta.

14.- Sabe que cualquiera de estas características puede ser un factor de riesgo en la aparición de maltrato infantil ?

16

si no

15.- Tiene en los núcleos familiares que usted controla, familias con las siguientes particularidades ?

17

- a) Familia numerosa.
- b) Ser familia de unión extramarital.
- c) Antecedentes de unión anterior.
- d) Familia con conceptos rígidos de la autoridad con relación castigo-educación.
- e) Familia extensiva.
- f) Algún familiar con enfermedad crónica invalidante.

16.- Sabe usted que estas familias presentan muy frecuentemente el Maltrato Infantil ?

18

si no

17.- En que estrato socioeconómico se presenta el Maltrato?

19

- a) Socioeconómico bajo.
- b) Socioeconómico medio.
- c) Socioeconómico alto.
- d) Todos los anteriores.
- e) a y b.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- ASCH S. "Beating fantasies: symbiosis and child battering" Int. J. Psychoanal. Psycoter. 1980-1981: 8: 653-60.
- 2.- DAVILA M. A. Algunas consideraciones sobre el diagnóstico del niño maltratado. El maltrato a los hijos. Ed. Edicol S.A. México 1978. 25-54.
- 3.- D.I.F. "Memorias del Quinto Congreso Nacional de Procuradores de la Defensa del Menor y la Familia" 1981.
- 4.- D.I.F. "Revista del Menor y la Familia" 1982. Año 2. 1er. Sem. 1982 Vol. 2.
- 5.- D.I.F. "Memorias Informe anual del Consejo Consultivo para las acciones en beneficio del menor maltratado en México" Junio 1984.
- 6.- D.I.F. "Análisis sistemático de los datos registrados de menores maltratados en el programa DIF-PREMAN" enero 1985.
- 7.- ESCOBEAR E. CARPIO O. Accidentes y violencias en pediatría. Salud 1981. 441-57.
- 8.- ESPINOZA MORETT A. y Cols. "Síndrome de detención de crecimiento y desarrollo" Bol. Méd. Hosp. Gral. M'x. 41:129. 1979.
- 9.- FERNANDEZ H. E. "Lesiones óseas en el Síndrome del Niño Maltratado". Tengo Derecho a la vida. Editores Mexicanos Unidos 1981. 59-67.
- 10.- FONTANA V. J. "En defensa del niño maltratado" 1979. Ed. Pax México.
- 11.- GALIA G. Castro Camacho. "Síndrome del niño maltratado" Pediatría UNAM Ciclos IX y X 1985-86. 322-33.
- 12.- HERRER R. M. "The etiology of child abuse" Pediatrics 51 suppl. 777. 1973.
- 13.- KATZ G. "La reercusión psicológica que produce la agresión en el desarrollo infantil" Tengo Derecho a la vida. Editores Unidos Mexicanos 1981. 131-42.

- 14.- KEMPE C.H. y HELFER. "helping the battered child and his family" Philadelphia, J.B. Lippincott Company 1972.
- 15.- KONSTAT E. "Métodos psicológicos en la evaluación del Síndrome del Niño Maltratado" Tengo derecho a la vida. Editores Unidos Mexicanos 1981. 143-51.
- 16.- KUMATE J. "Introducción" Tengo derecho a la vida. Editores Unidos Mexicanos 1981. 11-14.
- 17.- MARCOVICH K. GONZALEZ Y G.B. "Un estudio del Síndrome del niño maltratado en México" El Maltrato a los hijos. Ed. Edicol S.A. 1978. 25-54.
- 18.- MARCOVICH K. CAMACHO G. "Prevención e identificación del Síndrome del Niño Maltratado en México" El Maltrato a los hijos. Ed. Edicol S.A. 1978. 199-210.
- 19.- MARCOVICH K. "Introducción" El Maltrato a los hijos. Ed. Edicol S.A. 1978. 13-19.
- 20.- MARCOVICH K. "Problemática en México" Tengo derecho a la vida. Editores Unidos Mexicanos 1981. 29-38.
- 21.- MARCOVICH K. "Panorama Universal del Síndrome." Tengo derecho a la vida. Editores Unidos Mexicanos 1981. 17-25.
- 22.- MC. NEESE C.M. "When to suspect child abuse" Am. Fam. Physician. Jun, 1982 190-197.
- 23.- MARINO T.A., LANGSTON C. "Cardiac trauma and the conduction system a case study of an 18 month-old child" Arch. Pathol. Lab. Med. 1982. Apr. 106(4) 173-74.
- 24.- MERTEN D.F. KIRKS D.R. "Occult humeral epiphyseal fracture in battered infants" Pediatr. Radiol. 1981. Feb. 10(3): 151-4.
- 25.- NEW BERGER H.E. HYDE JR, J. HOLTER J. "Maltrato y descuido del niño" Principios de pediatría. Cuidados de la salud de la niñez.
- 26.- OLMOS G. "Estudio electroencefalográfico en 2 pacientes con Síndrome del niño mal-

tratado." Tengo derecho a la vida. Editores Unidos Mexicanos 1981.

171-6

- 27.- OSORIO Y NIETO C.A "El niño maltratado" Ed. Trillas México 1980.
- 28.- PARRÉS A. "El maltrato a los niños en las diferentes culturas." El maltrato a los hijos. Ed. Edicol. S.A. México 1978. 25-54.
- 29.- PATERSON C.R. "Vitamin D deficiency rickets simulating child abuse" J. Pediatric Orthop. 1981: 1(4) : 423-5.
- 30.- PEON V.H. "Aspectos ortopédicos del Síndrome del Niño Maltratado." El Maltrato a los hijos. Ed. Edicol S.A. México 1978. 79-86.
- 31.- RODRIGUEZ R. "El niño maltratado" Nueva guía para el diagnóstico y tratamiento del paciente pediátrico. Ed. Méndez Cervantes 1979. 721-7.
- 32.- ROGER R. JOHNSON La agresión en el hombre y los animales. Edit. Manual Moderno. 1976.
- 33.- RUIZ TAVIEL A. "Análisis y comentario al Síndrome del Niño Maltratado" El Maltrato a los hijos. Ed. Edicol S.A. México 1978. 55-62.
- 34.- SALTER R. Trastornos y lesiones del sistema musculoesquelético. Ed. Salvat 1978. 489-91.
- 35.- SAN MARTIN R. STEIKULLER P.G. NISBET R.M. "Retinopathy in the sexual abused battered child" Ann Ophthalmol 1981 Jan. 13 (1) 89-91.
- 36.- SAUCEDA G. FONCERRADA M. "Los problemas familiares y repercusiones en el niño" Revista médica IMSS. Vol. 23 No. 85; 159-66.
- 37.- SCHMITT D.B. "Síndrome del Niño Golpeado" Diagnóstico y tratamiento pediátricos. Ed. El Manuel Moderno 1978. 922-6.
- 38.- STEPHEN H. SHELDON. Diagnóstico diferencial en pediatría. Edit. PLMSA.
- 39.- SOCIEDAD INTERNACIONAL DEL SINDROME DEL NIÑO MALTRATADO. "Abuso se-

xual infantil" Tengo derecho a la vida. Editores Unidos Mexicanos.
1981. 99-118.

- 40.- WILCOX. "Early diagnosis in child abuse." J. Fam. Practice 9;801 1979.
- 41.- SALAMANCA G. "Factores genéticos de la agresividad" Simposio Violencia. Gaceta Médica de México. May. 80. Vol. 116 No. 5. 199-200.
- 42.- DIF. "Manejo actual del niño maltratado en México" Mayo 1983
- 43.- HEREDIA J.C. "Aspectos jurídicos." El Maltrato a los hijos. Edit. Edicol S.A. 1978.
271-87.
- 44.- RODRIGUEZ D. ALVAREZ M. Mesa Redonda. Historia Natural de la Enfermedad. Unidad 1. Ciclos IX y X. Enero 1979. UNAM. Facultad de Medicina (1-30) (46 y 47).