

11226  
20/123



# Universidad Nacional Autónoma de México

Facultad de Medicina

División de Estudios de Postgrado

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

" EL NIÑO MALTRATADO Y LA  
DINAMICA FAMILIAR "

## TESIS

Para obtener la Especialidad en :

MEDICINA FAMILIAR

Presentada por :

Dr. Jaime Salvador Madrid Agis

U. M. F. No. 2

I. M. S. S.



**IMSS**

Puebla, Pue.

1984-1986

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.

## I N D I C E

	Página
INTRODUCCION . . . . .	2
JUSTIFICACION . . . . .	4
ANTECEDENTES CIENTIFICOS . . . . .	5
MATERIAL Y METODOS . . . . .	24
RESULTADOS . . . . .	26
CONCLUSIONES . . . . .	43
RESUMEN . . . . .	47
BIBLIOGRAFIA . . . . .	48

## I N T R O D U C C I O N

El síndrome del niño maltratado, ha recibido en la última década una atención creciente por parte del cuerpo médico.

El maltrato a los niños ha alcanzado en algunas comunidades, proporciones endémicas, y algunas estadísticas apoyan la creencia de que en ciertos países como en Estados Unidos de América, el abuso y descuido de los niños puede ser la primera causa de mortalidad en la población infantil. Se estima que en aquel País hay entre treinta y cuarenta mil casos anuales de niños con las características típicas del niño maltratado, pero se cree que hay por lo menos cien mil niños de los que se abusa sexualmente y probablemente entre doscientos y trescientos mil de los que se abusa psicológicamente cada año.

En 1962 el Dr. C. Henry Kempe, acuñó el término del síndrome del niño golpeado. Mas tarde se descubrieron todas las características de este síndrome desde el niño desnutrido por descuido hasta el síndrome del niño golpeado; que es a menudo la última fase del espectro del maltrato del niño.

En contra de lo que pudiera pensarse, el castigo físico como medio de control sobre los hijos sigue siendo el patrón disciplinario y correctivo predominante en nuestra cultura y por ello, algo que fácilmente puede caer en el exceso, vivimos en un mundo en el que impera la violencia, y no debe extrañarnos demasiado que su dominio de inicio en el hogar y que sea en él en donde empiece a manifestarse. La mayor parte de las agresiones físicas graves a niños ocurren en el hogar, y al menos en nuestro medio, el agresor identificado o altamente --

probable resulta ser con mayor frecuencia que ningún otro la madre. Este hecho no obedece exclusivamente a que sea la persona que más tiempo permanece al lado del niño, sino también a las condiciones imperantes que hacen del matrimonio y la maternidad una verdadera trampa para un gran número de mujeres expuestas a continuas experiencias humillantes, frustrantes y esclavizantes con muy escasas compensaciones, fuentes de profundos resentimientos fácilmente canalizados hacia los hijos. En numerosos estudios se ha hecho evidente que no existen tesis que, sean suficientes para explicar satisfactoriamente éste fenómeno, que se considera mas bien de origen multifactorial.

En México, no existe estadística al respecto, aunque en algunos centros pediátricos como en el IMSS, se ha reconocido en los últimos diez años más de ochenta casos de éste síndrome. Existen motivos para pensar que lo anterior no es sino un paliado reflejo de la verdadera incidencia del fenómeno en nuestra población.

## J U S T I F I C A C I O N

La existencia de malos tratos a los niños es un problema de profundas repercusiones sociales, médicas, jurídicas y éticas que requiere de conocimientos y soluciones inmediatas en virtud de que su magnitud es mayor de lo que se puede pensar -- en razón de los hechos conocidos.

El maltrato al niño ha pasado inadvertido por mucho tiempo debido a la creencia que las personas " comunes y corrientes " no son capaces de maltratar a sus hijos, a la indiferencia y la irresponsabilidad social, o al temor de verse implicado en procedimientos legales. Hay que reconocer el problema lo más temprano posible y evitar que el niño golpeado de hoy, sea el padre golpeador del mañana.

Los malos tratos a los niños no sólo los producen los Padres sino que pueden ser realizados por muchas otras personas -- y en lugares distintos al hogar. Sin embargo, en la mayoría de los casos efectivamente son los padres, en el hogar quienes -- realizan éstos malos tratos.

El presente trabajo pretende proporcionar, con base a experiencias personales y en diversas y valiosas lecturas una visión panorámica de ésta problemática y tratar de aportar soluciones en forma unitaria, estructurada y coherente.

## ANTECEDENTES CIENTÍFICOS

### SINÓNIMOS

Síndrome de abuso y abandono del niño, síndrome del niño-maltratado, traumatismo X.

### DEFINICIÓN

La inquietud que tuvieron muchos investigadores tanto desde el punto de vista médico, psiquiátrico, psicológico, de trabajo social y especialmente a nivel de las leyes que rigen en Estados Unidos, obligó a que se creara una definición que abarcara el síndrome desde el punto de vista de su etiología, y así llegaron a la conclusión: " la expresión, abuso y abandono del niño significa lesión física y mental, abuso sexual, trato negligente o maltrato de todo individuo menor de diez y ocho años por parte de las personas encargadas de su cuidado, y custodia, bajo circunstancias indicadoras de peligro o amenaza para la salud y bienestar para el niño según determina la legislación vigente. ( I )

### ETIOLOGÍA

En cuanto a su etiología de este síndrome podemos mencionar que es una enfermedad de adultos que encuentra expresión en el niño, ésta es una definición dada por el Dr. Clement Smith en E.E.U.U. la etiología para este autor representa tres factores importantes:

1.- La presencia de un padre especial el cual será un padre -- alcoholico, drogadicto o un padre con determinado estado de -- stress.

2.- Este factor representará a un niño especial, que sería --

aquel niño no deseado, enfermo o invalido el cual en un momento dado va a repercutir en el estado emocional del Padre.

3.- La crisis de angustia que significaría desde una menor magnitud hasta una mayor cuantía una determinada crisis de angustia tal como pérdida de trabajo, ruptura de un aparato de televisión, ruptura de un objeto frágil dentro del domicilio de las personas, esto traería como consecuencia el abuso y el maltrato del niño.

Algunos autores incluyen un cuarto factor, que sería la tolerancia cultural, en la cual se acepta y estimula el castigo como disciplina, sin embargo el aspecto disciplinario en algunas familias ha llegado a tal grado, que se han llegado a producir lesiones físicas a un determinado niño, todo esto debe tener sus límites, pues una cosa son medidas correccionales y disciplinarias, y otra castigos propiamente dichos ( 2 )

#### EPIDEMIOLOGIA

Se ha mencionado que no existe estadística precisa en México y con lo único que contamos en la actualidad es con un estudio intencionado que se realizó en el IMSS en la década de 1970, en donde se pudieron detectar más de ochenta casos de síndrome del niño maltratado.

En Estados Unidos es donde le han dado mayor importancia a este síndrome. Eli Newberger (EEUU), ha mencionado que existen aproximadamente 250 y 400 mil casos por año.

Por otra parte en algunas oficinas, publicas como sería en nuestro medio el IMSS, ISSSTE etc., el 98% de los casos que se presentan son reportados, quizá por que se hace el diagnóstico y también por que se cuenta con un departamento jurídico-



que brinda el apoyo físico y moral a los que desempeñan las -- funciones de éste reporte, sin embargo en las Instituciones de salud particulares ya sea en consultorios, clínicas etc. se reporta exclusivamente el 2%.

Vincent Fontana en E.E.U.U., menciona que fallece un Niño cada semana en Nueva York, a causa y como consecuencia del maltrato y abuso de éste tipo de pacientes.

En algunas Instituciones, en el servicio de urgencias --- pediátricas se han efectuado estudios intencionados y, se ha comprobado que aproximadamente el 10% de los niños menores de tres años han sido causa de agresión u objeto de agresión, el 30% de las fracturas en niños menores de dos años no son accidentales, nosotros sabemos que la elasticidad de los tejidos óseos y de otras estructuras del organismo de un niño, por sí mismos o por traumatismos X no serían causa de una fractura, - el 50% de los casos tienen prueba evidente de abuso de un niño ( 3 ).

#### VARIANTES DEL SINDROME

En cuanto a las variantes de éste síndrome podemos decir que no únicamente se trata del maltrato físico a un niño, sino que se trata también de abuso físico, abuso nutricional, abuso sexual, abuso emocional y descuido en las instrucciones médicas, vamos a tratar de explicar en que consisten;

A).- Abuso físico, cuando un niño por X motivo tiene determinada conducta anormal dentro de la familia, o bien tiene determinados defectos físicos, o alguna causa que condicione la in---tranquilidad de un padre o madre, es posible que sobre él re---percuten determinados castigos tales como: golpearlo, con un -

cable eléctrico, con un cinturón, producirles quemaduras etc.-

B).- Abuso nutricional, se caracteriza fundamentalmente por no dar de comer a un niño, aislarlo, tenerlo en un rincón con el fin de privarlo de los alimentos esenciales para su adecuada nutrición.

C).- Abuso sexual, existen algunas personas adultas ya sea de un mismo sexo o del sexo contrario que cometen el abuso sexual vamos a tomar en consideración los siguientes aspectos: mediante la estimulación a nivel vaginal, con los dedos de la persona que está practicando el abuso y en esta forma producir una vaginitis. La manipulación a nivel de los genitales de un niño produciendole una prepuclitis, o inclusive a nivel de la región anal.

D).- Abuso emocional, es cuando una persona ofrece castigos o trata en forma abrumadora a determinados niños con la finalidad de intimidarlos.

E).- En cuanto al descuido en las Instituciones médicas, este tipo de problemas lo podemos comprender poniendo un ejemplo; si un médico dá sus indicaciones respecto a la forma como se deben administrar y horario de los medicamentos, y él padre -- que no desea a sus hijos y que no tienen ningun afecto hacia ellos, va a ser negligente en cuanto a las instrucciones médicas no dándole sus medicamentos y, con esto prolongando la enfermedad del paciente. En muchas ocasiones a este respecto, -- reinciden los pacientes, es decir acuden nuevamente a la consulta y por mas que se les indica el medicamento preciso para su enfermedad, no dá resultado obviamente por la negligencia -- en cuanto a la administración de dichos medicamentos. (I) ( 4)

### HALLAZGOS CLINICOS

En cuanto a los hallazgos clínicos en este síndrome vamos a encontrar como puntos importantes que existen discrepancias entre la historia clínica y el grado de lesión, podríamos ejemplificar; un padre relata que su hijo al estar caminando no cae, este lleva digámoslo así una fractura de fémur, si nosotros sabemos que un niño al ir caminando, se cae, no es posible que se produzca una fractura de fémur, entonces habrá discrepancia entre el grado de lesión y la historia que está relatando el padre. ( 5 ).

Otro punto importante sería la historia de traumatismos repetidos, tratados en diferentes clínicas éste es una de las conductas a la cual recurren los padres con la finalidad de ocultar los traumatismos que producen a sus hijos, de tal manera que generalmente tratan de resolverlos acudiendo a distintas clínicas, para el tratamiento del niño lesionado.

Otro punto, es una respuesta inapropiada de los padres es decir, el padre culpable generalmente va a ser una persona que se va a sentir mal ante el interrogatorio de un médico, y va a tratar de eludir la responsabilidad traduciendo una determinada sumisión o una respuesta indiferente hacia las lesiones o a la magnitud del problema que está viendo en su hijo; todo esto en un momento dado, psicológicamente nos hace sospechar de la conducta que externa el padre no es adecuada (1) (3) (5)

Dentro de los datos que sugieren el síndrome, podríamos mencionar que existen algunas lesiones peribucales; si un niño lle a con una lesión peribucal y la historia es que el niño se cayó, lógico es, que si está en una edad en la cual se puede -

defender y no poner de primera intención la boca en el suelo-- al caerse, podemos sospechar que fué mas bien un golpe producido por un agente en movimiento, es decir una mano, un cinturón -un zapato o libro o cualquier otro objeto que haya estado al alcance de la persona agresora.

En cuanto a los signos de las lesiones frecuentes, esto es o trata de decirnos que por ejemplo, si un paciente llega con quemaduras o cicatrices antiguas o bien con algunas áreas equimóticas en distintos periodos de reabsorción, pudiéramos sospechar la posibilidad de que el niño ha sido maltratado en ocasiones anteriores y más o menos con la misma táctica o la misma técnica del maltrato. En cuanto a las quemaduras bien de limitadas, cuando nos llega un niño con quemaduras por cigarro lo lógico no es pensar que el niño metió su mano o la mantuvo mucho tiempo pegada al cigarro, sino que al quemarse inmediatamente retirará el brazo con la finalidad de no seguirse quemando, pero si la quemadura interesa partes profundas quiere decir, que el cigarro fué apagado en la piel del niño.

Por otra parte, si un niño se presenta con quemaduras por agua hirviendo a nivel de las extremidades inferiores y son simétricas, es de sospechar la posibilidad de que al niño en condición de castigo se le introdujo en un recipiente con agua caliente, que le haya producido quemaduras de 1o, 2o y hasta de 3o grado en forma más importante. Si relatan que el niño al estar bañando se cayó, las quemaduras al caerse generalmente son asimétricas, por tal motivo debemos sospechar esta posibilidad.

En cuanto a la ruptura de vísceras, cuando un niño al estar jugando se cae de una silla, cama, cuna etc. lo lógico es-

que tenga traumatismos relativamente severos pero, que no le -  
van a condicionar la mayor parte de las veces rupturas de bra-  
zo o hígado puesto que esto ya es un traumatismo digámoslo así  
mayor. Mas bien debemos sospechar de un puntapié, de un golpe-  
por la persona adulta en forma intencionada, y por lo tanto de  
beríamos buscar la posibilidad de que este niño sea o este --  
siendo maltratado.

Con respecto a la muerte en el nacimiento, se menciona --  
que algunos niños no deseados al momento de nacer " accidental  
mente " se les tapó la respiración, o bien la almohada le cayó  
encima ( en la nariz ), y por tal motivo falleció asfixiado, -  
todo esto estaría sujeto a investigación con la finalidad de -  
descartar la posibilidad de maltrato a un niño ( 2 ) ( 6 )

#### JARAJTERISTICAS DE LOS PADRES DE ABUSO Y ABANDONO

En su mayor parte se trata de adultos juvenes que cumplen  
funciones maternas para el paciente. Entre Ellos no se ha de--  
mostrado alteraciones psiquiátricas importantes previamente --  
diagnosticadas; aunque la conducta de algunos de ellos haya --  
llamado la atención por su inmadurez e inestabilidad, o bien--  
por su explosividad. En la de muchos otros no se recoge ningun-  
na descripción sugerente y más bien se les describe como de --  
" buen caracter " y escasa o nula agresividad. A menudo tiene-  
antecedentes de haber crecido en un ambiente familiar muy agre-  
sivo, con grandes carencias o deficiencias afectivas, en el ---  
cual recibieron frecuentes y severos castigos corporales y vi-  
vieron intimidados e inseguros con una imagen muy devaluada de  
si mismos, convencidos de que sus esfuerzos por complacer a --  
los demás y en particular a sus padres, eran siempre equívoca-  
dos, inadecuados o inoportunos y, por tanto, contraproducentes

a partir de la adolescencia tardía eran personas que mostraban una clara tendencia a establecer relaciones, y más tarde al casarse con otra de características parecidas en lo relativo a inseguridad y baja autoestimación, lo que refuerza su desilusión, o bien escogen personas violentas, demandantes y explotadoras a las que nunca logran complacer.

En cuanto a las características del agresor, debemos buscar algunos puntos como son los siguientes:

- a).- Actitud evasiva y contradictoria respecto a las circunstancias en que ocurrió la lesión.
- b).- Dura crítica y cólera contra el niño lesionado, es decir, el padre generalmente en lugar de estar diciéndose del problema que trae su hijo, por el contrario estaría recriminando el motivo por el cual se ha caído.
- c).- Falta de interés y preocupación en cuanto a las lesiones, es decir, si nosotros decimos que el paciente está grave y el familiar ni siquiera se inmuta, o no tiene la mayor modificación en su conducta y no le dá el interés debido a la magnitud de su problema, debemos sospechar que el niño no tiene cariño por parte de sus padres.
- d).- El presunto culpable rara vez toca o mira al niño, esto indica que un padre que ha maltratado a su hijo está colérico y ante esta situación, no va a tratar de contemplar o acariciar a su hijo ante el problema que lleva, y está presentando al médico.

#### PERFIL DEL NIÑO AGREDIDO

Característicamente, el niño más predisuesto a la agresión es el menor de tres años, de bajo peso y con retraso psicomotor o algún defecto congénito, enfermedad crónica o re-

corrente, que lo hace menos apto para responder adecuadamente a los estímulos y cuidados maternos, algunos chicos tienen una historia de conducta irritable e inquieta, con poca tolerancia y la contrariedad y a la frustración o bien de conducta rebelde e impulsiva, razón por la cual algunos autores han especulado sobre la contribución del propio niño a su agresión. Aunque la conducta descrita podría ser considerada, provocadora, es muy dudoso que ocurra semejante cosa en un número significativo de casos. Mas bien lo que sucede es que el padre deposita expectativas poco realistas sobre el hijo y éste reacciona a esa presión con una conducta que no hace más que reforzar la desilusión y la hostilidad y el rechazo crecientes hacia el niño, en un trágico círculo vicioso que desemboca en la violencia destructiva, un hecho de gran valor diagnóstico es la existencia, en un alto porcentaje de casos ( hasta el 50% en algunas series ) de antecedentes de separación temprana entre padre e hijo por prematuridad o enfermedad del niño o complicaciones puerperales en la madre, situación que interfirió con el contacto físico entre ambos y con la lactancia al seno materno ( 3 ) .

Las lesiones físicas de un niño maltratado pueden ser de tipos, gravedad y tiempo de evolución muy diversos, suelen concentrarse en ellos fracturas múltiples de diferente antigüedad con callos y alineamientos defectuosos, huellas de quemaduras, " cara de boxeador ", equimosis y hematoma, en todos los casos sin explicación satisfactoria. El familiar, en general, no hace mención alguna de estas lesiones en la historia, y asegura después ignorar su existencia y oculta el sitio en que fueron tratadas ( si es que lo fueron ).

Debemos observar o tratar de identificar algunas características del niño víctima:

a).- No mira a los padres en busca de apoyo y protección, como suele suceder en la mayoría de los niños que acuden a una consulta externa, es decir, el niño al estar siendo explorado por el médico generalmente trata de buscar apoyo en el padre con el que está acostumbrado, de lo contrario si ha sido víctima-- de un maltrato va a procurar entonces que no lo toque ningún - adulto.

b).- Muestra recelo ante cualquier contacto con adultos, lo -- que significa que el niño ha sido maltratado por una persona - de mayor edad, y que obviamente cuando otro adulto se le acerca, va a tener cierta medida de precaución para con el adulto-- que se está presentando.

c).- Se halla siempre en acecho como presintiendo un peligro,-- es decir, son aquellos niños que han sido maltratados por mu-- cho tiempo, y que en un momento dado son capaces de ni siquiera dormir por el miedo que sienten ante la cercanía de determi-- nados adultos, o que observa la expresión de un adulto como si fuera la persona agresora en potencia.

#### DIRECTIVAS PARA LA PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO.

I.- Prevención, las acciones tendientes a evitar el problema - deben orientarse fundamentalmente hacia los padres expuestos a convertirse en personas que maltratan a sus hijos, a los cua-- les es posible identificar por sus antecedentes, las circuns-- tancias existenciales y sobre todo, la conducta manife-- tada du-- rante la época del embarazo y la etapa perinatal. Conviene -- insistir en la relación con esta última etapa, pues solo duran



te la misma se presentan condiciones propicias para la investigación de las madres y para realizar intervenciones de valor preventivo. Con respecto a la identificación, constituyen indicadores confiables las respuestas a preguntas sobre el aspecto y la conducta de la madre en la sala de partos y en la sala de maternidad como ¿ tiene actitudes de indiferencia o de rechazo, como negarse a ver a su bebé o a tenerlo a su lado ?.-

Más adelante se pueden observar otras actitudes significativas como no querer pensar en un nombre para el niño, dirigirle calificativos negativos, negarse tenerlo en brazos o a amamantar lo, o bien manejarlo con rudeza o brusquedad. Durante las visitas médicas postnatales tienen alto valor pronóstico observar hechos parecidos a los de arriba anotados o constatar signos de cuidado, negligente en la alimentación y en la higiene o expresiones de enojo de la madre ante manifestaciones propias de un recién nacido normal. Si las observaciones anotadas se agrega algún otro factor negativo como, en especial, antecedentes de falta de contacto físico temprano ( por ejemplo, por prematuréz del niño ), falta de ayuda o de apoyo para la madre dentro del hogar, conflictos conyugales, estrechez económica, enfermedad o muerte de alguna persona importante para la madre, el riesgo de maltrato aumenta grandemente. Una vez identificadas estas madres, deben recibir ayuda a través de familiares idóneos o de personal técnico especialmente capacitado en las tareas maternas a fin de ofrecer un modelamiento adecuado, de establecer vigilancia y de estimular la implantación de medidas que favorezcan el apego o vínculo efectivo entre madre e hijo. Este fenómeno, muy bien documentado tanto por estudios en animales como en el hombre, constituye el elemento individual de mayor importancia para el futuro desarrollo del niño y

de las relaciones entre madre e hijo. Su aparición y su fortalecimiento dependen en gran medida del contacto físico temprano entre ambos, de su duración, frecuencia y calidad, y mucho favorecen cuando van acompañada de amamantamiento al seno y -- otras actividades impartidas directamente por la madre y compartidas y apoyadas por su pareja, como cambiar y limpiar al bebé, bañarlo etc. Es necesario reconocer que estas medidas no obstante su sencillez y fácil aplicación, están aun lejos de generalizarse en las maternidades, en las cuales se tiene poca conciencia sobre estos hechos y en donde prevalecen aún prácticas muy diferentes y hasta opuestas a las señaladas.

2.- Identificación, amparados en el acatamiento de las leyes y disposiciones tan variables de los estados, buen número de individuos profesionales y no profesionales que sirven a los niños o tienen contacto directo con ellos pueden identificar a aquellos que se encuentran en riesgo; sin embargo, la confirmación de su etiqueta o marbete debe ser formulada por profesionales, sensibles a las necesidades y vidas de aquellos a quienes sirven.

Después de la identificación, la nueva ley recomienda un registro o archivo central de los niños víctimas de abuso, cosa recomendable, ya que estos pacientes suelen ser tratados -- por una gran variedad de médicos, desconociendo cada terapéutica las actividades y hallazgos de los otros. Sin embargo, -- cuando se comprueba que un caso sospechoso no es auténtico debe procederse a eliminar a esa familia del registro, interesa mucho insistir en el carácter secreto de tales registros, incluyendo los derechos de la familia al acceso y conocimiento -- de todas las agencias e instituciones que reciben estos infor-

mes.

Junto al problema de registro central procede mencionar a la agencia o agencias a las cuales se deben dirigir los informes relativos al abuso y abandono del niño. En términos generales, estos informes deben dirigirse a las unidades del servicio de protección del estado o de los gobiernos locales, o al departamento de policía regional. Sin embargo, en última instancia todos los casos son adjudicados a un juzgado de lo civil o criminal.

Existe también la posibilidad de situar al niño en un riesgo mayor por adjudicación a un juzgado criminal, ya que nuestro sistema de justicia requiere pruebas de culpabilidad más allá de una duda razonable, y puede ser difícil o incluso imposible recabar dichas pruebas. Debido a esta incapacidad, el niño puede ser devuelto a un hogar peligroso en el cual cualquiera de los progenitores puede sentirse justificado para reanudar su previa acción, reforzando así la brutal tendencia hacia la crueldad. En estas circunstancias el riesgo del niño es ahora mucho mayor en cuanto a posibles lesiones más graves o incluso muerte.

3.- Tratamiento, es necesario reconocer que, en muchos casos, las intervenciones médicas ocurren cuando el daño es ya irremediable; y no nos referimos nada más al manifiesto de naturaleza física, sino al psicológico, el cual sufren por igual tanto el niño agredido como su agresor en la esencia de sus lazos afectivos en sí ya deficientes y, por tanto en la posibilidad de mejorarlos.

Como el problema del abuso y abandono del niño es multidimensional en su etiología, es obligado que su tratamiento sea

dirigido por un equipo integrado por especialistas en diversas disciplinas. En general, el equipo básico está compuesto por una trabajadora social, una enfermera, un pediatra y un psiquiatra y según la Institución, pueden incluirse disciplinas adicionales como abogados, psicólogos y representantes de la comunidad y educadoras. La función del equipo consiste en confirmar los casos de abuso y abandono del niño, desarrollar un plan de acción y vigilar su cumplimiento.

Cuando la investigación psicofamiliar indica que entre el niño y el probable agresor, especialmente si éste último es la madre nunca se estableció un vínculo efectivo o bien que se rompió éste, resulta evidente que este niño no podrá retornar al hogar y que habrá de recurrir a Instituciones de protección de la niñez, pues es muy grande el riesgo de una nueva o más grande o grave agresión. Cuando la existencia de vínculo afectivo es clara aunque este se halle debilitado por el efecto de factores circunstanciales que interfirieron con la sana interacción entre niño y ambiente, entonces lo ideal será preservar la integridad familiar proporcionando apoyo a la familia con medidas como auxilio de un familiar capaz de modelar los cuidados maternos. Por parte del personal especializado que actúe como conciencia moral, favorecimiento del contacto físico entre madre e hijo y actividades satisfactorias para ambos como medio para mejorar el apego afectivo, corrección de problemas médicos en el niño o en la madre, orientación como características de la conducta del niño dentro de las diferentes etapas del desarrollo, y otras similares que, sola o en conjunto, aumentan la confianza y los recursos del agresor para responder a las necesidades del niño y también su capacidad de

control para hacer frente al malestar ocasionado por el cansancio y la frustración que inevitablemente se producen durante la crianza de los hijos.

Las medidas señaladas constituyen sin duda el aspecto básico del proceso de rehabilitación familiar, pero no son suficientes y deberán apoyarse siempre en esfuerzos psicoterapéuticos. Entre ellos se han ensayado muy diversos enfoques, desde los puntos de vista tanto teórico como técnico. En términos generales, se puede afirmar que el elemento crucial en el proceso psicoterapéutico lo constituye, por una parte, que el equipo de salud mental supere el rechazo que de manera casi inevitable provoca el agresor de un niño indefenso, por la otra, que el agresor y su pareja venzan su resistencia a recibir ayuda, hecho explicable para aceptarla significa aceptar tácitamente cuando menos algún grado de culpabilidad, y con ello verse expuestos a la posibilidad de crítica y de castigo. Hay que reconocer que son muy limitados los conocimientos sobre los resultados del tratamiento psicoterápico de niños maltratados, al menos, sobre su situación en etapas avanzadas del desarrollo emocional. Tratándose de niños en etapas preescolares se espera que la separación del hogar agresivo y la incorporación temporal o definitiva a uno en el cual encuentra, idealmente, afecto y estímulo, sea suficiente para reparar el daño psicológico experimentado como resultado del rechazo y la agresión, y permitirles un desarrollo satisfactorio. (7) (8)-(9).

Kempe y colaboradores han sugerido otras modalidades básicas de tratamiento.

1.- Grupo de padres anónimos, inspirados en los mismos conceptos utilizados por los alcohólicos anónimos.

2.- Guarderías o Instituciones para niños, que prestan servicio durante las 24 horas y que proporcionan ayuda a las madres al ofrecer cuidado temporal a sus hijos cuando éste sea necesario.

3.- Terapeutas legos, personal competente no profesional capaz de proporcionar ayuda y sostén en forma ininterrumpida.

4.- Centros terapéuticos, en los cuales los padres agresivos pueden incrementar sus capacidades educativas.

5.- Centros para suministro de recursos familiares, Instituciones de servicios múltiples accesibles a las familias para la resolución de crisis.

4.- Vigilancia y rehabilitación, después del episodio agudo, - el niño debe regresar al servicio a intervalos regulares para valoración sin que el personal adopte el papel de "perro guardián". Junto a esta actividad, el progenitor o los padres subrogados agresivos deben recibir apoyo continuo mediante una modalidad eficaz de tratamiento.

Hay que recordar que tan solo el 10% de los padres agresores son tan psicóticos o sociopáticos que requieren su ingreso en una Institución. Sabemos hoy que es posible ayudar al 90% de los padres a recuperar un papel eficaz y funcional en el terreno de la educación.

En toda comunidad debe existir personal subrogado de alta calidad y albergue adecuado para todos los niños que requieren ser sacados de sus hogares.

## ASPECTOS MEDICOLEGALES DEL NIÑO Y VÍCTIMA DEL ABUSO

El País carece de un código de protección a la niñez, y su estructura política no se presta para promulgarlo y aplicarlo en todos los estados que componen la federación. A cambio de ello, cuenta con un sistema para el desarrollo integral de la familia ( DIF ) dentro del cual funciona la " Procuraduría para la defensa del menor y de la familia ", que atiende todo lo relativo a los consejos locales de tutela o los asuntos concernientes a la patria potestad. Su estructura y procedimientos le permiten, al menos teóricamente, abocarse a los problemas sociológicos que plantea el maltrato sin tener que dar a sus intervenciones el carácter persecutorio y punitivo que, con razón o sin ella, puede sentirse en las acciones del ministerio público o las de la procuraduría general de justicia. Esto representa, sin duda, un progreso considerable que, por desgracia no corre paralelamente con el desarrollo de recursos sociales para la protección del menor de la familia.

En la práctica se encuentra que las Instituciones (representadas fundamentalmente por hospitales pediátricos, albergues temporales, casas de cuna, casas hogar y hogares substitutos), no fueron creadas para satisfacer las peculiares necesidades de estos niños y de sus familias.

Desde el punto de vista del médico la mayor parte de los aspectos medicolegales guardan relación con:

I.- Informe, a pesar de que la mayor parte de las leyes estatales requieren información respecto a sospecha de abuso, y conceden inmunidad a quienes informan " sin malicia ", muchos médicos, en la práctica privada e institucional se resisten a --

acatar tales disposiciones por los siguientes motivos:

a).- incapacidad para concebir que un padre o tutor sea capaz de tal brutalidad hacia un niño. Existe el mismo bloqueo conceptual en muchos jueces quienes en consecuencia regresan a los niños a sus hogares naturales, a menudo con resultados desastrosos.

b).- El lapso de prisión que puede ser requerido como parte de proceso de adjudicación.

c).- La preocupación respecto a la garantía del secreto entre el médico, el paciente y su familia.

d).- El posible impacto económico y nocivo sobre su práctica.

e).- La probación conceptual de un castigo corporal grave como método disciplinario legítimo.

f).- La respuesta a colocar el nombre del paciente en un registro central o a informar a la agencia ejecutora de la ley.

2.- En todo caso se considera parte del diagnóstico diferencial una lesión no accidental es imperativo que los registros sean exactos, legibles, con una clara diferenciación entre los hallazgos subjetivos y objetivos, y que concluyan además una relación cuidadosa y completa de los datos básicos. En esencia, un modelo de registro médico orientado hacia el problema es un coadyuvante valiosísimo para la resolución adecuada de estos casos.

La falta de documentos médicos apropiados puede derivar en resolución incorrecta del caso con responsabilidad del médico por práctica profesional inadecuada.

3.- Adjudicación, los tribunales han sostenido en forma reiterada que el bienestar del niño se halla en todos los derechos de los padres, y por ese motivo, cuando el médico sospecha que



el niño ha sido maltratado y corre riesgo de sufrir graves lesiones si regresa a su hogar, está obligado después de informar a las autoridades, a asumir la custodia del paciente hasta la audiencia judicial preliminar. No incumbe en modo alguno al médico asignar culpabilidad.

#### PLAN LOGIJO DE ACCION

- I.- Hospitalizar al niño.
- 2.- Tratar las lesiones y la desnutrición
- 3.- Mantener una actitud generosa con los padres y estar dispuesto a ayudarlos.
- 4.- Digale a los padres el diagnóstico y la necesidad de informar a las autoridades.
- 5.- Informar a una casa o agencia protectora.
- 6.- Obtener la ayuda del servicio de trabajo social.
- 7.- Reunirse con un equipo de trabajo experto en estos problemas.
- 8.- Alta al paciente, cuando autorice la agencia encargada de la protección del niño.
- 9.- Seguir al paciente.

## MATERIAL Y METODOS

Se realizó un estudio longitudinal, prospectivo, observacional y comperativo para identificar cuáles son las alteraciones psicosociales que se presentan en la dinamica familiar --- cuando uno o más de sus miembros presenta síndrome del niño --- maltratado. Se tomaron 25 pacientes del servicio de urgencias --- de pediatría del Hospital General de Zona IMSS de Puebla, Pue. muestra que fué tomada al azar. Incluyéndose a pacientes re--- cien nacidos hasta los nueve años de edad, de ambos sexos y --- sin importar su estado socioeconómico, se excluyeron a los niños mayores de nueve años de edad así como aquellos que no --- éran derechohabientes.

Se confrontaron los datos obtenidos con los del grupo --- control formado por 25 niños, tomados del mismo servicio con --- cualquier otra patología ajena a la ya mencionada. Se efectuó un seguimiento del caso entrevistándose a los familiares con --- quien tienen relación directa, se llevó a cabo visitas domiciliarias, donde se recabaron datos por medio de un cuestionario elaborado previamente para detectar las alteraciones psico--- ciales en la dinámica familiar, el estudio se realizó en un --- lapso de enero a junio de 1985.

La investigación en la alteraciones de dinámica familiar comprendió las siguientes variables:

### PACIENTE.-

Edad, sexo, estado legal, nivel educativo, alteración mental o defecto físico, diagnóstico hospitalario, otros miembro de la familia con diagnóstico de maltrato, procedimiento legal al --- :egreso del paciente.

## PADRE, MADRE O TUTORES

Edad, edad de casamiento, tipo de unión, número de miembros de la familia de origen, ocupación antes de casarse y actual, -- escolaridad, toxicomanías, motivo de la unión, desean conti--  
nuar casados, sus Hijos fueron deseados, utilizan algún método de planificación familiar, motivo de consulta al servicio de -- urgencias.

## FAMILIA

Clasificación de la familia y datos estadísticos de la misma -- en nuestro medio.

En base a su desarrollo: Moderna 30%; Tradicional 60%; Primitiva 10%.

En base a su demografía: Urbana 40%; Rural 60%.

En base a su integración: Integrada; en la cual los cónyuges -- viven y cumplen sus funciones. Semi-integrada; en la cual los cónyuges viven juntos pero no cumplen adecuadamente sus funciones. Desintegrada; es aquella en la cual falta alguno de los -- cónyuges, por muerte, divorcio, separación o abandono.

En base a su tipología: Jampesina, Obrera, Profesional. Esta -- característica está dada según la ocupación de uno de ambos -- cónyuges.

En base a su estructura: Nuclear; Padre e Hijos. Extensa: Pa--  
dres, Hijos, Abuelos, etc. Extensa compuesta; Padres, Hijos, -- Abuelos, compadres, amigos etc..

## R E S U L T A D O S

### PACIENTES.

SEXO; Se encontró que en el grupo en estudio nueve pacientes son del sexo masculino, lo que nos dá un porcentaje de 36%; y 16 del femenino que equivale al 64%; mientras que en el grupo-control II pacientes son del sexo masculino que comprende el 44%; y 14 del femenino correspondiéndole el 56%. (tabla no. 1)

EDAD: Tanto en el grupo en estudio como en el grupo en control la edad en que más se observa el maltrato es de recién nacido-a los 5 años cada uno con el 64%. ( tabla no. 2 ).

ESTADO LEGAL: En el grupo en estudio 19 pacientes corresponden a Hijos legítimos que equivale al 76%; 4 son Hijos naturales y comprende el 16%; 2 Hijos son adoptivos y corresponde al 8%.

Mientras que en el grupo control 22 pacientes son Hijos legítimos y corresponde el 88%; 2 Hijos naturales y comprende el 8%; 1 Hijo es adoptivo y equivale al 4%; en ambos grupos no se --- encontraron Hijastros. ( tabla No. 3 )

OTRO MIEMBRO DE LA FAMILIA CON DIAGNOSTICO DE MALTRATO: En el grupo en estudio 19 pacientes presentan a otros miembros de su familia con Dx. de maltrato y esto equivale al 76%; los 6 restantes no tienen familiares con maltrato y le corresponde el 24%. En el grupo control II pacientes tienen otros miembros de su familia con maltrato comprende el 44% y en I4 no existe un-familiar con maltrato correspondiéndole el 56%, ( tabla no. 4 )

TIPO DE MALTRATO: En el grupo en estudio 10 pacientes presentan como tipo de maltrato la supresión alimenticia y le corresponde el 40%; siguiéndole en orden de frecuencia el maltrato físico con 7 pacientes al igual que el emocional. Uno más concierro. En el grupo control la supresión alimenticia se ---

observó en 7 pacientes con un porcentaje del 28%; 5 pacientes más con maltrato físico y le corresponde el 20%; en 3 pacientes maltrato emocional. En ningún grupo se encontró abuso sexual ( tabla no. 5 ).

PROJEDIMIENTO LEGAL: Tanto en el grupo en estudio como en el grupo control todos los pacientes que tenían diagnóstico de maltrato o que presentaban maltrato, fueron reintegrados a su hogar donde persistió el mismo ( tabla no. 6 ) .

ALTERACION MENTAL: En el grupo en estudio se encontró 3 pacientes que presentaban alteración mental, 2 con P.C.I. y 1 con Down, mientras que en el grupo control se observaron 2 pacientes con P.J.I. en ambos grupos predominó el maltrato emocional y la supresión alimenticia ( tabla no. 7 ).

#### PADRE, MADRE O TUTORES.

EDAD: En el grupo en estudio, como en el grupo control la edad de los padres tuvo un rango de 15-50 años, observándose que la mayoría de éstos cursaban entre los 15 y 30 años (tabla no. 8)

EDAD DE CASAMIENTO O UNION DE LOS PADRES: En ambos grupos la edad de unión de los padres tuvo un rango de 15 a 50 años, observándose que en la mayoría de estos cursaban entre los 15-30 años, en el grupo en estudio 45 miembros se unieron en ésta edad correspondiéndole el 90%; en el grupo control lo hicieron 42 personas correspondiendo el 84% ( tabla no. 9 ).

MOTIVO DE LA UNION: En el grupo en estudio 16 parejas se unieron debido a que ya existía un embarazo, lo que corresponde a 64%; y solamente 8 parejas se unieron por " amor " y le corresponde al 32%; una más fué obligada, en el grupo control 13 parejas se unieron por presentar embarazo y equivale al 52%; 11 parejas por " amor " que comprende el 44% una más fué obligada

( Tabla no. IO ).

OCUPACION ANTES DE CASARSE: tanto en el grupo en estudio como en el grupo control, el obrero es la ocupación que predomina - en el primer grupo 20 miembros son obreros y equivale al 40%;- 6 son profesionistas, 9 estudiantes, 9 empleados y 6 se dedican al hogar, en el segundo grupo, 14 son obreros por lo que le corresponde el 28% 10 estudiam, 9 son empleados, 10 profesionistas y 7 se dedican al hogar ( tabla no. II ).

OCUPACION DESPUES DE CASARSE: Sin variaciones importantes.

ESCOLARIDAD: Del grupo en estudio 17 miembros sí terminaron su primaria y equivale al 34%, 9 con primaria incompleta, 10 con secundaria, 10 con profesional y 4 con Preparatoria, en el grupo control 17 miembros con primaria incompleta que comprende el 14%; 13 con primaria completa, 9 con secundaria, 7 con Preparatoria y 13 con profesional( tabla no. I2 ).

TOXICOMANIAS: En el grupo en estudio 26 personas presentan alcoholismo positivo y equivale al 52%; las 24 restantes con tabaquismo positivo y corresponde el 48%; en el grupo control 20 miembros con alcoholismo positivo y comprende el 40%; y los 30 restantes con tabaquismo positivo con un porcentaje del 60% ( Tabla no. I3 ).

TIPO DE UNION: En el grupo en estudio 10 parejas se unieron por el civil y comprende un 40%; 9 por el civil-Iglesia con 36%; 6 más en unión libre con un 24% ; en el grupo control 12 parejas por el civil y comprende el 48%, 11 por el civil/iglesia y comprende el 44%. 2 mas en unión libre y corresponde el 8% ( tabla no. I4 ).

DESEAN CONTINUAR CASADOS: En el grupo en estudio 24 parejas desean continuar casadas y corresponde al 96%; en el grupo control el 100% desean continuar casadas ( tabla no. I5 ).

SUS HIJOS FUERON DESEADOS: En el grupo en estudio 17 parejas - se embarazaron sin desearlo, y le corresponde 68%; 8 parejas - sí deseaban el embarazo y comprende el 32%; en el grupo con- control 14 parejas se embarazaron sin desearlo y corresponde al - 56%, 11 parejas si deseaban el embarazo y le corresponde el -- 44% ( tabla No. 16 ).

UTILIZAN ALGUN METODO DE PLANIFICACION FAMILIAR: En el grupo - en estudio 14 parejas sí lo utilizan correnponde al 56%, 11 pa- rejas no lo utilizan y equivale al 44%; En el grupo control 17 parejas sí lo utilizan y equivale al 68%; 8 parejas no lo uti- lizan y le corresponde al 32% ( tabla No. 17 ).

MOTIVO DE CONSULTA: En el grupo en estudio el 100% ingresó con diagnóstico de maltrato. En el grupo control aunque se ingresa ron con diferentes diagnósticos 15 pacientes presentaban mal- trato y corresponde al 60% ( tabla No. 18 ).

#### FAMILIA

EN BASE A SU DESARROLLO: 18 familias del grupo en estudio son- tradicionales lo que comprende el 72%, 5 son modernas con un - 20%, 2 mas primitivas con un 8%; en el grupo control, 18 son - tradicionales y comprende 72%; 6 modernas con un 24% y 1 primi- tiva con un 4% ( tabla no. 19 ).

EN BASE A SU DEMOGRAFIA: 19 familias del grupo en estudio se - localizan en zona urbana y comprende el 76%, 6 mas en zona ru- ral con 24%. En el grupo control " 22 familias pertenecen a la zona urbana con 88% y 3 mas a la zona rural con 12% (tabla 20)

EN BASE A SU INTEGRACION: 21 familias del grupo en estudio con características de familia semi-integradas con un 84%; 4 con - características de desintegración con un 16%; en éste grupo no existe una sola familia integrada. En el grupo control 15 fa- milias son semi-integradas con un 60%; 8 familias son integra-

das con un 32%; y 2 más son desintegradas con un 8% (tabla 21)  
EN BASE A SU TIPOLOGIA: 21 familias del grupo en estudio con--  
uno de sus miembros de ocupación obrera y comprende el 84%, --  
4 profesionistas con un 16%. En el grupo control 19 familias -  
presentan uno de sus miembros de ocupación obrera y equivale--  
al 76%, o más son profesionistas con un 24% ; en ambos grupos--  
no se encontraron familias campesinas ( tabla no. 22 ).

EN BASE A SU ESTRUCTURA: 19 familias del grupo en estudio con--  
razgos de familia nuclear correspondiéndole el 76%, 4 familias  
con características de familia extensa con un 16%, 2 más con--  
características de extensa.-compuesta equivale a un 8%. En el-  
grupo control 21 familias son nucleares con un 84%, 3 son ex--  
tensas con un 12% y 1 más extensa-compuesta con un 4% (tabla--  
no. 23 ).



NINO MALTRATADO Y DINAMICA FAMILIAR  
TABLA No. 1

DISTRIBUCION POR SEXO DEL PACIENTE

SEXO	GRUPO EN ESTUDIO		GRUPO EN CONTROL	
	No. de casos	Porcentaje	No. de casos	Porcentaje
Masculino	9	36%	11	44%
Femenino	16	64%	14	56%
TOTAL	25	100%	25	100%

FUENTE: Encuesta Personal

NINO MALTRATADO Y DINAMICA FAMILIAR  
TABLA No. 2

DISTRIBUCION POR EDAD DEL PACIENTE

EDAD	GRUPO EN ESTUDIO		GRUPO EN CONTROL	
	No. de casos	Porcentaje	No. de casos	Porcentaje
0-1	12	48%	11	44%
1-5	4	16%	5	20%
5-9	9	36%	9	36%
TOTAL	25	100%	25	100%

FUENTE: encuesta Personal

NISO MALTRATADO Y MINORIA FAMILIAR  
TABLA No. 3

## ESTADO LEGAL DEL PACIENTE

ESTADO LEGAL	GRUPO EN ESTUDIO		GRUPO EN CONTROL	
	No. de casos	Porcentaje	No. de casos	Porcentaje
Hijo natural	4	16%	2	8%
Hijo adoptivo	2	8%	1	4%
Hijo legítimo	19	76%	22	88%
Hijastro	0	0%	0	0%
TOTAL	25	100%	25	100%

FUENTE: Encuesta Personal

NISO MALTRATADO Y MINORIA FAMILIAR  
TABLA No. 4

## OTRO MIEMBRO DE LA FAMILIA CON Dx. DE ALTRICITO

OTRO MIEMBRO	GRUPO EN ESTUDIO		GRUPO EN CONTROL	
	No. de casos	Porcentaje	No. de casos	Porcentaje
SI	19	76%	11	44%
NO	6	24%	14	56%
TOTAL	25	100%	25	100%

FUENTE: Encuesta Personal

## NIÑO MALTRATADO Y LA UNIDAD FAMILIAR

TABLA No. 5

DISTRIBUCION POR TIPO DE MALTRATO DEL PACIENTE

MALTRATO	GRUPO DE ESTUDIO		GRUPO DE CONTROL	
	No. de casos	Porcentaje	No. de casos	Porcentaje
Físico	7	28%	5	20%
Supresión de libertad	10	40%	7	28%
Sexual	0	0%	0	0%
Encierro	1	4%	0	0%
Emocional	7	28%	3	12%
No Maltrato	0	0%	10	40%
<b>TOTAL</b>	<b>25</b>	<b>100%</b>	<b>25</b>	<b>100%</b>

FUENTE: encuesta Personal

## NIÑO MALTRATADO Y DEFENSA FAMILIAR

TABLA No. 6

DISTRIBUCION POR PROCEDIMIENTO LEGAL

PROCEDIMIENTO	GRUPO DE ESTUDIO		GRUPO DE CONTROL	
	No. de casos	Porcentaje	No. de casos	Porcentaje
Reintegrado al Hogar	25	100%	15	60%
EW. a una dep. legal	0	0%	0	0%
Cambio de Tutor	0	0%	0	0%
No Maltrato	0	0%	10	40%
<b>TOTAL</b>	<b>25</b>	<b>100%</b>	<b>25</b>	<b>100%</b>

FUENTE: Encuesta Personal

NIÑO MALTRATADO Y DINAMICA FAMILIAR  
TABLA No. 7

ALTERACION MENTAL O DEFEJTO FISIJO DEL PAJIENTE

ALTERACION	GRUPO EN ESTUDIO		GRUPO EN CONTROL	
	No. de casos	Porcentaje	No. de casos	Porcentaje
P.C.I.	2	8%	2	8%
Down	1	4%	0	0%
S/Alteración	22	88%	23	92%
<b>TOTAL</b>	<b>25</b>	<b>100%</b>	<b>25</b>	<b>100%</b>

FUENTE: Encuesta Personal

NIÑO MALTRATADO Y DINAMICA FAMILIAR  
TABLA No. 8

DISTRIBUCION POR EDAD DE LOS PADRES

EDAD	GRUPO EN ESTUDIO				GRUPO EN CONTROL			
	No. de casos	Porcentaje		No. de casos	Porcentaje		No. de casos	Porcentaje
Padre	Madre	Tot.	Padre		Madre	Tot.		
15-20	8	9	17	34%	6	6	12	24%
20-25	6	6	12	24%	5	5	10	20%
25-30	5	4	9	18%	5	5	10	20%
30-35	3	2	5	10%	5	4	9	18%
35-40	2	2	4	18%	3	3	6	12%
40-50	1	2	3	6%	1	2	3	6%
<b>TOTAL</b>	<b>25</b>	<b>25</b>	<b>50</b>	<b>100%</b>	<b>25</b>	<b>25</b>	<b>50</b>	<b>100%</b>

FUENTE: Encuesta personal

NIVEL ALTRAZADO Y DINAMICA FAMILIAR  
TABLA No. 9

EDAD DE CASAMIENTO O UNION DE LOS PADRES

EDAD	GRUPO EN ESTUDIO			Porc.	GRUPO EN CONTROL			Porc.
	No. de casos				No. de casos			
	Padre	Madre	T		Padre	Madre	T	
15-20	9	11	20	40%	7	9	16	32%
20-25	38	9	47	34%	6	8	14	28%
25-30	5	3	8	16%	7	5	12	24%
30-35	3	2	5	10%	5	3	8	16%
40-50	0	0	0	0%	0	0	0	0%
TOTAL	25	25	50	100%	25	25	50	100%

FUENTE: Encuesta Personal

NIVEL ALTRAZADO O DINAMICA FAMILIAR  
TABLA No. 10

MOTIVO DE LA UNION DE LOS PADRES

MOTIVO	GRUPO EN ESTUDIO		GRUPO EN CONTROL	
	No. de casos	Porcentaje	No. de casos	Porcentaje
Ebriedad	16	64%	13	52%
Obligado	1	4%	1	4%
Interés	0	0%	0	0%
Amor	3	32%	11	44%
Aceptado	0	0%	0	0%
TOTAL	25	100%	25	100%

FUENTE: Encuesta Personal

NI. O. ALTERNATIVO DE VIVIENDA FAMILIAR  
TABLA No. II

## OCUPACION ANTES DE SEPARARSE LOS PADRES

OCUPACION	GRUPO EN ESTUDIO			GRUPO EN CONTROL		
	No. de casos			No. de casos		
	Padre	Madre	T	Padre	Madre	T
Empleado	3	6	9 18%	4	5	9 18%
Chorro	16	4	20 40%	11	3	14 28%
Estudiante	2	7	9 18%	4	6	10 20%
Profesional	4	2	6 12%	6	4	10 20%
Desempleado	0	0	0 0%	0	0	0 0%
Hogar	0	6	6 12%	0	7	7 14%
<b>TOTAL</b>	<b>25</b>	<b>25</b>	<b>50 100%</b>	<b>25</b>	<b>25</b>	<b>50 100%</b>

FUENTE: Encuesta Personal

NI. O. ALTERNATIVO DE VIVIENDA FAMILIAR  
TABLA No. II

## DISTRIBUCION POR ESCOLARIDAD DE LOS PADRES

ESCOLARIDAD	GRUPO EN ESTUDIO			GRUPO EN CONTROL		
	No. de casos			No. de casos		
	Padre	Madre	T	Padre	Madre	T
Prim. Completa	10	7	17 34%	2	5	7 14%
Prim. Incompleta	5	4	9 18%	3	4	7 14%
Secundaria	4	6	10 20%	4	5	9 18%
Preparatoria	0	4	4 8%	2	5	7 14%
Profesional	6	4	10 20%	7	6	13 26%
<b>TOTAL</b>	<b>25</b>	<b>25</b>	<b>50 100%</b>	<b>25</b>	<b>25</b>	<b>50 100%</b>

FUENTE: Encuesta Personal

## NIÑO MALTRATADO Y DINAMICA FAMILIAR

TABLA No. 13

## DISTRIBUCION POR TOXICOMANIAS DE LOS PADRES

TOXICOMANIAS	GRUPO EN ESTUDIO			GRUPO EN CONTROL			Porc.	
	No. de casos		Porc.	No. de casos		Porc.		
	Padre	Madre		Padre	Madre			
Alcoholismo	14	12	26	52%	12	8	20	40%
Tabaquismo	11	13	24	48%	13	17	30	60%
Otras	0	0	0	0%	0	0	0	0%
TOTAL	25	25	50	100%	25	25	50	100%

FUENTE: Encuesta Personal

## NIÑO MALTRATADO Y DINAMICA FAMILIAR

TABLA No. 14

## TIPO DE UNION DE LOS PADRES DEL PACIENTE

TIPO DE UNION	GRUPO EN ESTUDIO		GRUPO EN CONTROL	
	No. de casos	Porc.	No. de casos	Porc.
LIBRE	6	24%	2	8%
Civil	10	40%	12	48%
Iglesia	0	0%	0	0%
Civil-Iglesia	9	36%	11	44%
TOTAL	25	100%	25	100%

FUENTE: Encuesta Personal

NINO MALTRATADO Y DINAMICA FAMILIAR

TABLA No. 15

DESEAN CONTINUAR CASADOS LOS PADRES DEL PACIENTE?

RESPUESTA	GRUPO EN ESTUDIO		GRUPO EN CONTROL	
	No. de casos	Porcentaje	No. de casos	Porcen.
Si	24	96%	25	100%
No	1	4%	0	0%
TOTAL	25	100%	25	100%

FUENTE: encuesta Personal

NINO MALTRATADO Y DINAMICA FAMILIAR

TABLA No. 16

SUS HIJOS FUERON DESEADOS?

RESPUESTA	GRUPO EN ESTUDIO		GRUPO EN CONTROL	
	No. de casos	Porcentaje	No. de casos	Porcentaje
Si	8	32%	II	44%
No	17	68%	14	56%
TOTAL	25	100%	25	100%

FUENTE: Encuesta Personal



## NIVEL MALTRATO Y DINAMICA FAMILIAR

TABLA No. 19

## CLASIFICACION DE FAMILIA EN BASE A SU DESARROLLO

CLASIFICACION	GRUPO EN ESTUDIO		GRUPO EN CONTROL	
	No. de casos	Porcentaje	No. de casos	Porc.
Modernas	5	20%	6	24%
Tradicional	19	72%	19	72%
Primitiva	2	8%	1	4%
TOTAL	25	100%	25	100%

FUENTE: Encuesta Personal

## NIVEL MALTRATO Y DINAMICA FAMILIAR

TABLA No. 20

## CLASIFICACION DE FAMILIA EN BASE A SU DEMOGRAFIA

CLASIFICACION	GRUPO EN ESTUDIO		GRUPO EN CONTROL	
	No. de casos	Porcentaje	No. de casos	Porcent.
Rural	6	24%	3	12%
Urbana	19	76%	22	79%
TOTAL	25	100%	25	100%

FUENTE: Encuesta Personal

UNO CALIFICADO Y UNIDAD FAMILIAR

Tabla No. 23

CLASIFICACION DE FAMILIA EN BASE A SU ESTRUCTURA

	GRUPO DE ESTUDIO		GRUPO DE CONTROL	
CLASIFICACION	No. de casos	Porcent je	No. de casos	Porcent je
Nuclear	19	76%	21	84%
Extensa	4	16%	3	12%
Extensa compuesta	2	8%	1	4%
TOTAL	25	100%	25	100%

NOTA: Encuesta Personal

## CONCLUSIONES

### PAIENTES

- En el estudio realizado se pudo observar que el sexo más afectado por éste síndrome fué el femenino, esto es comprensible ya que nacen más personas de éste sexo que del masculino.
- Con respecto a la edad lo encontrado en éste estudio apoya a lo manifestado por otros autores, con respecto a que la edad en que más se observa el maltrato es del recién nacido a los cinco años.
- Tanto en el grupo en estudio como en el grupo control, la mayoría de los pacientes son hijos legítimos, aunque cabe mencionar que 2 pacientes del grupo en estudio y 1 del grupo control son adoptivos, lo cual no escapan del maltrato.
- Se encontró que en ambos grupos, donde existe un miembro de la familia con maltrato los hermanos o convivientes de la misma, son también maltratados. Esto es importante ya que la dinámica familiar en estos hogares se encuentra altamente alterada, por lo mismo las funciones de la familia no se cumplen.
- También se observó diferentes formas de maltrato, predominando la supresión alimenticia, y siguiéndola en orden de frecuencia el maltrato físico, emocional y encierro, no encontramos en éste estudio abuso sexual.
- Con tristeza nos percatamos que todos los pacientes con Dx. de maltrato fueron reintegrados al hogar donde persistió el mismo.
- Más importante es el hecho de haber encontrado 3 pacientes con alteración mental, los cuales no escapan del maltrato, predominando el maltrato emocional y la supresión alimenticia.

#### PADRE, MADRE O TUTORES

- Se encontró que la mayoría de los padres de los pacientes con maltrato son jóvenes, pues cursan entre los 15 y 30 años de edad, esto apoya lo referido por otros autores en el sentido de que entre más jóvenes son los padres, el maltrato en los hijos aumenta.
- Por consiguiente la unión de los padres fué a temprana edad desde luego la preparación de éstos aun es deficiente.
- Algo de lo que llama la atención en éste estudio lo es el hecho de que la mayoría de las parejas tanto del grupo en estudio como del grupo control se unieron por que ya existía un embarazo previo. Solamente un mínimo porcentaje lo hizo por " amor " y 3 parejas fueron obligadas.
- La ocupación predominante que se encontró en los padres de los pacientes con maltrato, fué la de obrero, pero también existen padres con mayor grado de cultura quienes también maltratan a sus hijos.
- El grado de escolaridad que predominó en éste estudio, fué la primaria incompleta.
- El 100% de los Padres de los pacientes con maltrato presentan alcoholismo o tabaquismo positivo, es de esperarse que los hijos de estas parejas a temprana edad tomarán el ejemplo de los padres.
- Se observa que la mayoría de los matrimonios se encuentran unidos unicamente por el civil siguiendole en orden de frecuencia civil-iglesia y unión libre, cabe mencionar que la mayoría de éstos últimos tienen deseos de casarse.
- De todas las personas entrevistadas solamente una pareja no desea continuar casada. No quiso dar pormenores de la causa o motivo que la obliguen a ello.

- Siendo el embarazo el motivo por el cual se unieron la mayoría de parejas, es de esperarse que los hijos con los que cuenta cada familia, en su mayoría no fueron deseados, existiendo desde este momento un rechazo emocional hacia los Hijos que se puede interpretar como maltrato.
- Si algo hay de bueno en estas parejas estudiadas es el hecho de que la mayoría de ellas ya planifican su familia, -- con algún método de planificación familiar, y no me gustaría pensar que esto es más con fines económicos que de amor hacia los hijos.
- Aunque el motivo de la presencia de los pacientes del grupo control al servicio de urgencias no fué el maltrato, se pudo observar que más del 50% de los mismos lo presentan. -- Esto es sumamente importante pues la mayoría de los padres creen no maltratar a sus hijos.

#### FAMILIA.

- La mayoría de las familias estudiadas son tradicionales, -- aunque también encontramos que en las familias modernas y primitivas el maltrato hacia los hijos se presenta.
- Como fué un estudio realizado en la ciudad de Puebla, la mayoría de las familias pertenecen a una zona urbana, lo que hace más preocupante el futuro de los hijos.
- Sólomente 8 familias de las 50 estudiadas son integradas. -- por lo tanto las restantes no cumplen con las funciones de afecto, socialización y cuidado, y su dinámica familiar se encuentra alterada.
- La mayoría de las familias estudiadas presentan una tipología obrera y en un mínimo porcentaje, profesional, ésto es en relación a que alguno de los conyuges, o bien es obrero-

o bien profesionista.

-- Cabe mencionar que de las familias estudiadas en su mayoría tiene una estructura nuclear, es decir Padre e Hijos y sin embargo a pesar de ser pocos los integrantes de la misma,-- sus funciones no se llevan a cabo correctamente.

R E S U M E N

Se realizó un estudio longitudinal, prospectivo, observacional y comparativo para identificar cuáles son las alteraciones psicosociales que se presentan en la dinámica familiar -- cuando uno o más de sus miembros presenta síndrome del niño -- maltratado.

Encontrando que en las familias donde existe un niño con maltrato, la dinámica familiar se altera y las funciones de la familia no se llevan a cabo.

El 100% de los pacientes con maltrato son reintegrados al hogar donde éste persiste, por lo tanto cabe esperar que éstos niños serán los padres golpeadores del mañana.

B I B L I O G R A F I A

- I.- Manzano SC, Peña AR. Síndrome del niño maltratado. En simposio internacional sobre el niño maltratado. Año internacional del niño, publicado por el UIF. México; 1979:79.
- 2.- Lynch MA. Teorías de la agresión humana y la etiología del maltrato al niño. En simposio internacional del niño, publicado por el DIP. México; 1979:35.
- 3.- Riojas U., Manzano J. Síndrome del niño maltratado y aspectos clínico-rediológicos, rev.med ped 1970;39:603.
- 4.- Foncerrada M. el niño maltratado, Mesa redonda, rev de la facultad de medicina. Publicado por la UNAM. 1980;23-6.
- 5.- Alexander H. la prevención del maltratado. En simposio -- internacional sobre el niño maltratado. Año internacional del niño, publicado por el DIP, México; 1979:129.
- 6.- Serrano A. en simposio internacional sobre el niño maltratado. Año internacional del niño, publicado por el DIP. - México; 1979:105.
- 7.- Foncerrada M. El niño víctima del maltrato físico, rev.med publicada por el IMSS. México; 1982:20457.
- 8.- Osorio JA. El niño maltratado. México; Edit. Trillas, 1981
- 9.- Marcovich J. tengo derecho a la vida. Prevención de identificación del niño maltratado; Edit Mexicanos Unidos, 1981.
- 10.- Aranda E. Jasanova M. síndrome del niño maltratado. Revisión preliminar en un hospital pediátrico Boliviano. Bol.- 1979;39:923
- 11.- Jollins J. Bruises and Child abuse. Pediatric 1981; 68:614
- 12.- Feigelson N. un niño ha sido golpeado. México; Edit. Diana 1980;265.
- 13.- Leeson J. Separación, stress and child abuse. Lancet; 1980 I30.
- 14.- Sony Misrachi J. Síndrome del niño maltratado. Su historia natural. Mundo médico, 1979;18.
- 15.- Espinoza M. síndrome del niño maltratado, aspectos médico-legales, y psicológicos, rev.med.publicada por el IMSS. - México; 1971:807.
- 16.- Santacruz J. la familia como unidad de análisis. Rev. med. publicada por el IMSS. México; 1983;21.
- 17.- Saucedo J. Foncerrada M. La exploración de la familia; aspectos médicos, psicológicos y sociales. Rev. med. publicada por el IMSS. México; 1981:19.
- 18.- Mira E. Psicología evolutiva del niño y del adolescente. -- Buenos Aires, Argentina; Edit. El ateneo; 1977:127.



- 19.- Waldman G. La crisis de la familia; una revisión teórica--  
del problema. Rev. med. publicada por la UNAM. México;1981  
19.
- 20.- Harris T. Yo estoy bien, tú estás bien. Buenos Aires, Ar--  
gentina; Edit. Grijalbo, 1981:261.
- 21.- Jerrada A. Diagnóstico de las alteraciones en la dinámica-  
familiar, rev. med. publicada por el IMSS 1980:127.