

11237
2e)
81



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO



**FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
DIRECCION GENERAL DE SERVICIOS MEDICOS DEL D. D. F.
DIRECCION DE ENSEANZA E INVESTIGACION
CURSO UNIVERSITARIO DE ESPECIALIZACION EN
PEDIATRIA MEDICA**

**ESTUDIO PROSPECTIVO DE
CINCUENTA PACIENTES CON
DIAGNOSTICO DE NIÑO MALTRATADO**

**TRABAJO DE INVESTIGACION CLINICA
P R E S E N T A:
Dra. Emma González Ortega
PARA OBTENER EL GRADO DE:
Especialista en Pediatría Médica**

**DIRECTOR DE TESIS
DR. RICARDO LOPEZ FRANCO**

FALLA DE ORIGEN

1 9 8 5 .



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis 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.

INDICE

	PAGINA
INTRODUCCION	1
PROLOGO	4
HISTORIA	6
ASPECTOS PSIQUIATRICOS DEL AGRESOR.	8
ASPECTO EMOCIONAL DEL MENOR.	13
REPERCUSION SOCIAL	16
REVISION DE 50 PACIENTES CON SINDROME DEL NIÑO MALTRATADO QUE INCLUYE MATERIAL Y METODO DE ESTUDIO.	21
RESULTADOS	48
CONCLUSIONES	58
COMENTARIO FINAL	71
PREVENCION	72
BIBLIOGRAFIA.	75

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

Cuando escuchamos la palabra Niño, un tumulto de recuerdos, asociaciones e imágenes se agolpan en nuestra memoria, pensamos de inmediato en lo que ha llegado a constituir el retrato típico de un niño. Visualizamos entonces imágenes de juegos, risas infantiles y alegría.

Las ideas de ingenuidad, despreocupación y sinceridad no tardan en aparecer. La figura de un niño prototipo surge entonces como símbolo de la libertad y la felicidad.

Sin embargo, la realidad de nuestro País y de la mayoría de los países en desarrollo responden justamente a la imagen contraria. Un niño de vientre abultado y cuerpo delgado con extremidades edematosas y cambios en piel y tegumentos. De esta manera la imagen de un niño deja de ser la ideal ¿ No es acaso también, éste, un sinónimo de niño maltratado por la Sociedad y la Humanidad ?.

Es entonces cuando la risa se transforma en llanto, el juego en apatía, la viveza en retraso físico y mental. Aún más, esa imagen acarrea consecuencia en los procesos fisiológicos y morfológicos de que son víctimas, por esta razón su patología se observa exagerada. Siendo una de las causas fundamentales y universales del Síndrome del niño maltratado: la desnutrición. Víctimas permanentes de verdaderas deficiencias proteicoenergéticas, estos niños sucumben con facilidad a las enfermedades en un medio ambiente propicio. Las infecciones y parasitosis múltiples se instalan en un organismo emaciado por la desnutrición y el hambre, agregando a esto el maltrato físico y mental de que son objeto principalmente por adultos.

De acuerdo con los estudios realizados por Zubiran (1), en México nacen 40,000 niños por semana, es decir 2,000,000 en un año, sin embargo, 350,000 mueren antes de cumplir 4 años de edad. El análisis de las diez primeras causas de defunción en preescolares mexicanos muestra la predominan -

cia de las enfermedades infectocontagiosas, pero sobre ellas se encuentra como aspecto basal la desnutrición. El hambre de estos niños aunada a su existencia truncada constituye sin duda el principal problema de salud pública en nuestro País. Haber expresado este problema en términos dramáticos "la mitad de la población mundial se acuesta hambrienta cada noche, mientras el hombre avanza en la conquista tecnológica del Universo y en aumento de sus arsenales armamentistas, mientras los esfuerzos para proporcionar las mínimas condiciones aceptables de vida se retrasan trágicamente;" si ese retraso no es corregido en un tiempo razonablemente corto y si además no se crean Leyes adecuadas y que realmente protejan al menor desde cualquier punto de vista, todos los logros humanos pueden terminar en el caos desintegrando la Familia y la Sociedad. (1)

Quizá la problemática más dramática de esta situación sea la destrucción de las potencialidades humanas. Por lo tanto, la desnutrición y la injusticia cobran un alto precio por perpetuarse esto es " Los Niños Maltratados ".

Estos niños dependientes en absoluto de adultos que también fueron desnutridos y maltratados durante su infancia, por lo general son sometidos a los mismos patrones de conducta a que estuvieron sujetos sus progenitores o personas a quienes fueron encomendados.

Muchos de estos niños sucumben en esta etapa, algunos otros con más suerte logran recuperar, en primer lugar el peso perdido, y en segundo lugar adaptarse a una sociedad que los margina y los sigue maltratando a varios niveles como pudieran ser la falta de oportunidades para estudiar o trabajar dignamente y es entonces cuando los vemos por las calles vendiendo toda clase de baratijas o bien autodestruyéndose lentamente al escupir fuego para obtener unas cuantas monedas que no alcanzarán sino para seguir embriuteciéndose con alcohol o estupefacientes para olvidarse de su realidad y evadir así el maltrato social de que son objeto. (2)

Por esta razón cuando en la etapa crítica de formación se pierden las potencialidades físicas y mentales, esto ya es irreparable. Aún más - - cuando estos individuos ya no sufrieran nuevas agresiones serán siempre niños o adultos física y mentalmente incompletos.

Concluiré diciendo que no sólo se trata de que los niños vivan -- mejor y no sean maltratados, sino de seguir perpetuando la especie humana - de la forma más digna como sea posible ya que todos los logros científicos, tecnológicos y culturales se encuentran en juego, y que están en las manos de las nuevas generaciones. Por lo tanto es indispensable reconsiderar en - la equidad.

P R O L O G O

El problema de maltrato a los niños no es un problema de nuestro tiempo, aunque en la actualidad se le de mayor importancia, consideramos -- que éste, es el producto de la violencia de las sociedades, de la injusticia social y de la complicidad de las instituciones que hacen poco o nada -- por corregir o prevenir este fenómeno de gran magnitud en nuestro País.

Por lo general, participa una combinación de factores en cual -- quier episodio de lesión no accidental. Henry Kempe, (2,4,7) quién en 1961 sacudió a la profesión médica y al público a apreciar la magnitud de lo que denominó emotivamente el Síndrome del "Niño Golpeado" (3), ha sugerido que son tres los aspectos más importantes en los antecedentes de la mayoría de estos incidentes: problemas de los padres, niño en particular y una crisis, la cual culmina en el maltrato.

El factor aislado más importante para reconocer el maltrato en -- niños quizá sea el pensar en ello. A pesar de la publicidad que rodea a los casos particulares, aún es difícil tratar personalmente con el problema clínico. El concepto de padres que lesionan a un niño es desagradable y sólo -- por su reconocimiento y enfrentarse a sus propios sentimientos acerca del -- maltrato, es que uno se vuelve receptivo y capaz de ayudar a estas familias desafortunadas. (4,5)

Se han visto con frecuencia a niños o los familiares en el servicio de urgencias por lesiones, esto debe ser una señal de aviso. La pista -- más frecuente es la discrepancia entre la lesión y la explicación propuesta por los Padres. (4)

En muchos países el médico está obligado ante las Instituciones -- de Protección al Menor, de denunciar los casos sospechosos de malos tratos o grave negligencia. En los Estados Unidos de Norteamérica la Legislación -- exime al médico de responsabilidad, aún cuando su sospecha haya sido infun-

dada y excluye tales casos de la obligación de guardar secreto. La omisión de la denuncia implica graves peligros, puesto que el principal objetivo se cifra en prevenir la repetición de las lesiones. (2)

Fontana (9,10), concibe el maltrato al menor como un crimen clandestino, que pocas veces es castigado, y lo que es peor, el golpeador nunca es rehabilitado. Así mismo se menciona que se deben estudiar los factores - sociales y ambientales, responsables del conflicto, además de que a los golpeadores no se les debe rechazar o ignorar como tampoco considerarlos como anormales y pervertidos, sino como padres a quienes debemos acercarnos para concientizar, reeducar y ayudar a su readaptación. Hay que tomar en cuenta que son el producto del ejemplo que tuvieron cuando pequeños, de su ambiente inadecuado, de su desdichado estado de vida, así como la carencia de - - afecto y de una familia organizada. Por esta razón debemos encontrar alternativas múltiples de solución dentro de un marco Bio-psico-social.

H I S T O R I A

Como se había mencionado anteriormente el maltrato hacia los niños no es reciente, existen referencias que incluyen el Génesis, en el que se hace mención del maltrato al menor como una forma de agradar a Dios - - (Gen: 22; Vers. 2) (7)

Así mismo en las antiguas civilizaciones el maltrato y el Infanticidio eran considerados adecuados para deshacerse de los menores que por -- desgracia nacían con defectos físicos.

Estos ejemplos los encontramos en los Pueblos: Espartano, Chino, Indue, y entre los Mesoamericanos como en el Grupo Etnico de los Mazahuas, - en los que la desobediencia era castigada duramente. Séneca, señala en su - tiempo: que el menor era explotado por sus padres para lograr su supervivencia llegando a mutilarlos para convertirlos en limosneros profesionales. - (7,11)

Los ejemplos se pueden multiplicar y nos daremos cuenta que el -- maltrato a los niños ha existido desde los albores de nuestra Historia y -- que este problema de salud pública existe en todas partes del Mundo, expresado de alguna u otra forma, como trabajos inhumanos por largas jornadas, - maltrato físico o mental, abuso sexual, marginación social incluyendo la -- desnutrición.

Actualmente se reportan más de 10,000 casos de muertes infantiles a manos de sus padres o cuidadores, por otro lado se reportan 350,000 muertes de niños menores de 4 años por enfermedades infectocontagiosas, siendo el factor predisponente de mayor importancia la desnutrición. (1)

Debido a la magnitud de este problema y al creciente interés que ha suscitado en nuestro País se ha legislado desde el año de 1928, cuando se sentaron las bases acerca de la Patria Potestad. (19)

Actualmente en el Código Civil, Artículo 444 Fracción III, establece que aquél que sea condenado dos o más veces por el mismo delito en -- contra del menor, perderá la Patria Potestad, así mismo cuando por las costumbres depravadas de los padres; maltrato o abandono de sus deberes, o que pudieran comprometer la salud, seguridad o moralidad de los hijos, aún cuando estos hechos no cayeran bajo la sanción penal. (7)

En la compilación de Legislación sobre menores Título XIX que habla sobre los delitos contra la vida e integración corporal, en el Artículo 289, se refiere: a quien infiera una lesión que no ponga en peligro la vida y tarde en sanar menos de 15 días, se le impondrá privación de la libertad condicional ó sanción económica variable según el caso o ambas a juicio del Juez. Así también para las lesiones que tarden en sanar más de 15 días. El Artículo 294 dice: Las lesiones inferidas por quienes ejerzan la Patria Potestad o la Tutela y en el ejercicio del Derecho de corregir, no serán punibles si fueran en las comprendidas en la primera parte del Artículo 289 y -- que además el autor no abusare de su Derecho corrigiendo con crueldad o con frecuencia innecesaria.

En el Artículo 295 se refiere: En cualquier otro caso se impondrá al delincuente la sanción que corresponda con arreglo a las privaciones anteriores y quedara además privado de Patria Potestad, en virtud de la cual tenga el derecho de corrección.

Estos sólo son algunos Artículos que protegen al menor, pero cabe preguntar: ¿Realmente, esto se ajusta a las necesidades de Protección en -- contra del maltrato a que es, o seguirá siendo sometido el menor ?

Actualmente existen albergues infantiles para aquellos niños que son sustraídos de su ambiente familiar, ya que muchas veces no es posible -- sentenciar al agresor por diversas razones.

Como nos hemos podido dar cuenta, este problema debe ser analizado desde varios aspectos para poder dar un tratamiento lo más integralmente posible.

ASPECTOS PSIQUIATRICOS DEL AGRESOR.

Se hará mención del Aspecto Psiquiátrico del Agresor llámense Padres o Tutores:

La forma en que los Padres tratan a sus hijos está determinada por dos factores: Primero por la repetición de lo que ellos experimentaron en su Infancia o bien realizar esfuerzos por crear condiciones de vida diferentes a lo que ellos vivieron.

Haremos mención de una Cita Bibliográfica en la que E. From menciona que el hombre se distingue del animal por el hecho de ser el único -- primate que mata y tortura a los miembros de su misma especie sin razón alguna. Esta agresión constituye un verdadero problema y que además pone en peligro la existencia del hombre como especie. La mayoría de los padres abusivos no son diferentes que la mayoría de las personas de su estrato social o su cultura, tienen más o menos los mismos problemas psiquiátricos que el resto de la población. (12, 13)

El abuso a los niños no se considera una enfermedad psiquiátrica y no hay pruebas que demuestren que aquellos que atacan a los niños posean un impulso agresivo mayor que el de otras personas, aunque expresen su agresividad en una forma exagerada. Esencialmente este tipo de conductas es un patrón de interacciones entre los padres y los niños, un estilo de crianza de los niños, que pueden existir con o sin otro tipo de enfermedad emocional. (14, 16)

En varios estudios se ha demostrado que los patrones de atención a los niños se aprenden en los primeros años de vida, así cuando se experimenta la tarea de cuidar a un niño encontramos dos tipos de Memoria:

Una es la evocación de la sensación de ser niño, la otra del trato recibido por los padres. Estas dos formas de memoria determinan automáticamente la forma en la cual se expresara la función de cuidar a un niño. Si la vida --

precoz fue buena el tipo de acción de los padres será bueno, y cualquier dé
ficit será fácilmente corregido mediante tratamiento. Si la vida temprana -
fue hóstil por abandono o abuso habrá una gran invalidez en la habilidad de
ser padres y el tratamiento será más difícil. Esta forma de comportamiento-
ocurre generación tras generación, pudiéndose observar a los niños de 4 a 5
años agresivos con sus hermanos menores u otros niños en la misma forma en
la que ellos fueron tratados. (7)

Los peores resultados del abuso no se producen por los golpes en
la mayoría de los casos, sino por las secuelas emocionales o intelectuales-
que de ello deriva. (12)

Existen más problemas por la falta de conciencia hacia las nece
sidades del niño. El ser humano aprende a amar y a tener autorrespeto siendo-
querido y respetado durante la infancia. (14)

Los padres maltratadores fueron educados sintiéndose rechazados -
y por tanto tuvieron que colocar sus necesidades de acuerdo a la de sus pa-
dres. Esto les confiere como resultado intensos deseos insatisfechos y an
helan ser queridos, amados y respetados.

Más tarde, identificándose con sus padres dan prioridad a sus pro
pias necesidades y anhelos pasando por alto las de sus propios hijos. Por -
otro lado, están convencidos de que el castigo sirve para corregir el mal -
comportamiento y que su aplicación es totalmente permisible desde temprana-
edad en la vida del niño. La creencia en la utilidad y beneficios del casti-
go es muy común, por lo que ha sido cultural y socialmente aprobado durante
la Historia de la Humanidad.

El padre abusivo es diferente al resto, porque cree en castigos -
más severos, aplicables aún en los inicios de la vida del niño.

En el primer Simposio Nacional sobre el Síndrome del Niño Maltratado realizado en la Ciudad de México en 1977, se presentó un estudio que nos muestra un Análisis de 686 casos obteniendo las distintas características del agresor;

Aproximadamente el 18% correspondieron a menores de 30 años, sin diferencias significativas en relación al sexo aunque en personas menores de 19 años: 9 correspondían a Madres solteras

7 Madres abandonadas

5 Producto de incesto

3 Ejercían la prostitución (7)

En el 39% de los casos la Madre es la agresora

En el 19% de los casos el Padre es el agresor

En el 11% de los casos Padrastro/Madrastra

En el 6% de los casos los Tíos

En el 2% de los casos los Abuelos

En el 7.3% de los casos los Hermanos mayores, Profesores, Vecinos y Servidumbre son los agresores.

DE LOS CASOS PRESENTADOS SOLAMENTE:

En el 9.7% presentaban signos de drogadicción o bien de alcoholismo. (7)

DE LOS CASOS PRESENTADOS:

En el 61% se encontraban sin ocupación.

La gran mayoría tenía más de cuatro hijos, aunado a esto el hacinamiento, ya que sus viviendas constaban de menos de tres cuartos. Las consecuencias que sufrió el agresor fueron:

En el 58% fue apresado

En el 11% quedó en libertad

En el 7% recurrió al suicidio al observar el cadáver de su hijo. (7)

Existe una relación entre las etapas de desarrollo del niño y los distintos tipos de agresión en su contra que cada uno sugiere:

En el período post-natal la supervivencia del niño requiere que se satisfagan sus necesidades fisiológicas de alimentación, abrigo y descanso. Los padres pueden agredir al hijo en esa etapa descuidando su alimentación, su abrigo y su descanso, dando en demasía o bien en forma restrictiva sin cuidar de mantener un equilibrio fisiológico en la lactancia "Un niño que muere de inanición equivale a un niño maltratado".

Durante los primeros 18 meses de su vida la relación de los padres con el hijo requiere que ellos acepten la absoluta dependencia del niño, el cual pide y ordena a través del llanto, si la madre lo satisface le crea una sensación de seguridad, en este período una separación prematura entre padres e hijos es la forma de agresión que va a causar en el hijo sentimientos de desamparo, temor e inseguridad, y desconfianza básica ante cualquier humano. (12)

En la etapa preescolar, se inicia la separación gradual entre el niño y la madre. Aquí la agresión de los padres puede consistir en no permitir que el niño empiece a desarrollar esa independencia esencial, para ser aceptado el niño, se le somete a una pseudodisciplina o a la sobreprotección asfixiante, incorporando entonces normas devaluadoras de su propia capacidad, adquiriendo desconfianza en sí mismo. (15)

A los 5 años el niño acepta y define su identidad sexual, los modelos principales son sus padres, la agresión en esta fase es contra la identidad sexual del hijo, y de fomento abierto o encubierto de una identidad homosexual o antisexual.

Entre los 6 y 13 años expande la esfera social y emotiva del niño, ya que empieza la interacción con niños fuera de la familia, así la gente que los rodea le provee nuevas experiencias: la agresión consiste en inhibir ese paulatino desligue, en infundirle temor respecto al mundo exterior o mostrar desinterés por sus experiencias o en su esfera emotiva. (7)

En la Adolescencia el menor entra en pleno conflicto y aparecen los impulsos sexuales diferenciados: ratifica las líneas de identificación sexual, los valores y su papel dentro de la Sociedad. Intenta salir adelante de su "Crisis Existencial" para lograr su independencia y encontrar ideales propios. La forma de agresión en esta etapa es muy variada, puede ser el peinado, el corte de pelo, la ropa, la música, los ideales, la rebeldía, la búsqueda, la sexualidad; recibiendo los padres un contraataque por parte -- del puber que afectan aún más el tipo de relaciones. (17)

La agresión hacia los hijos se expresa en forma de actos dañinos existiendo diferentes motivos para el ataque de los padres hacia los hijos como pueden ser: el desplazamiento de un conflicto conyugal hacia los menores, la frustración o la ambivalencia intensas de los padres ante un hijo -- con limitaciones físicas o intelectuales, la adopción de actitudes irracionales e impositivas, el miedo a perder la autoridad sobre los hijos, la herida sentimental que un padre siente cuando uno de sus hijos se liga amorosamente al otro progenitor, la agresividad o destructividad pueden ser el resultado de la impotencia, hijos no deseados o envidia ante el menor.

Otro aspecto importante sobre el tema es el abandono. Si consideramos a un niño como el ser más vulnerable de esta problemática, el abandono se produce como resultado de que el menor pierda a su familia o bien de que esta se desintegre y que en el menor exista el rompimiento del binomio Madre-hijo. Las causas sociales que determinan el desarrollo del abandono -- provienen directa o indirectamente de la falta de seguridad económica, cultural o familiar. (7 y 8)

ASPECTO EMOCIONAL DEL NIÑO

Desafortunadamente este Síndrome implica afección en el niño desde todos los puntos de vista y la agresión física puede o no dejar secuelas visibles como cicatrices, deformidad, amputación o incapacidad funcional. De los que si estamos seguros, es del alto porcentaje de daño cerebral y de las alteraciones emocionales que dejan huella, posiblemente para toda la vida. (12)

Las consecuencias psiquiátricas del daño en el sistema nervioso central producidos por golpes recibidos durante el primer año de vida o durante los primeros años en general, han sido reportadas en repetidas ocasiones. Los estudios señalan hasta el 43% y el 55% de retraso mental en estos grupos. Es necesario pensar en el número elevado de defectos perceptuales y conceptuales del daño cerebral que existe en los niños que han sido golpeados predominantemente en el primer año de vida cuando el sistema nervioso aún en desarrollo es más vulnerable a las agresiones. (16)

Los estudios de Elmer, Morse, Sahler, Friedman, (13) señalan haber detectado retraso mental y perturbaciones emocionales severas, sin embargo, no especifican haber encontrado defectos cognoscitivos derivados ya sea del daño producido en el Sistema Nervioso Central o resultante del defecto intenso en la relación que estos niños mantienen con los padres golpeadores. Quizá la razón por la que el énfasis se realice en el estudio de las secuelas físicas sea por que estas sean más aparentes y más útiles para el diagnóstico. (13)

Los defectos en las funciones de percepción y de conceptualización no sólo se manifiestan en problemas de aprendizaje escolar sino que interfieren con la conceptualización que el niño tiene que desarrollar de las representaciones mentales de sí mismo y de la madre, así como de las personas que le rodean en general, estas funciones que el niño desarrolla a través de los primeros años, son responsables del sentido de realidad. Así como la delimitación precisa de lo que es su persona y de lo que no es. (7)

Conjuntamente, derivan las funciones de memoria, consecuentes al desarrollo de la noción del presente y pasado, de espacio y causalidad y -- por lo tanto las funciones del aprendizaje. Así, el niño se percibe como un ser individual como una entidad en relación a los individuos que le rodean, pero perfectamente diferenciado de ellos y de los fenómenos que ocurren en su exterior, distinguiendo estos de los originados en su interior. (12)

Toda esta diferenciación deriva de las funciones enumeradas anteriormente que dependen de la integridad del Sistema Nervioso Central, por lo que se ven seriamente afectados en el niño golpeado quien por sus concepciones defectuosas deriva distorsiones de la realidad perturbando su relación con los demás con las consecuentes desviaciones del desarrollo en la infancia y la adolescencia que resultan en la formación del adulto que no logra una adaptación funcional en las diferentes áreas de su actuación. (17)

Además de los factores derivados del daño cerebral se encuentran los que se producen por la distorsión y el defecto de la relación Materno - Infantil. (8)

El Aparato Psicológico se desarrolla básicamente durante los primeros años. Para ese desarrollo requiere de la integridad del Sistema Nervioso Central, pero se lleva a cabo a expensas de la disponibilidad emocional de la Madre y de la calidad de relación que se establece con ella. A -- partir de los 4 ó 5 primeros meses el lactante va dejando es estado de soledad mental para establecer una relación intensa y gratificantes con la Madre en Simbiosis, mediante la cual dependerá el desarrollo ulterior hacia: la separación, la individualización y la confianza. (13)

La dinámica del niño golpeado es muy compleja y se describe con pobre respuesta a los estímulos externos, su energía para utilizar la disponibilidad de los medios para crecer, aprender y ganar dominio sobre el ambiente, se encuentra empobrecida, presenta apatía y desgano y en casos ex -

tremos letargo. Esta situación de depresión aunada al resentimiento y falta de confianza en llegar a ser querido y aceptado, determinan la improductividad y la apatía del futuro. Se determina así un retraso global en el desarrollo de las funciones psicológicas incluyendo las relacionadas con el duminio de sus capacidades motoras. Por tanto cuando exploramos retraso en todas las funciones psicológicas es difícil precisar hasta que punto, las perturbaciones derivan del posible daño del Sistema Nervioso Central, y hasta que punto el daño emocional ha producido serias desviaciones de las funciones psicológicas. (11, 14)

REPERCUSION SOCIAL

El problema es definitivamente muy serio, y a pesar de no existir estadísticas al respecto en México, por ser un País Subdesarrollado que tiene otros problemas de Salud de mayor importancia, nos damos cuenta a través de los medios de información y por la idiosincrasia propia del mexicano, lo frecuente que es. En Estados Unidos de Norteamérica se registraron 56,000 - casos de maltrato a los niños, de los cuales 12% fueron asesinados y 14% quedaron lisiados de por vida. (7)

La Asociación Humanitaria Americana reporta que cada año existen 20,000 niños en esas condiciones en los Estados Unidos de Norteamérica y que la incidencia tiende a aumentar, señala también que aproximadamente el 55% de las víctimas tienen menos de 4 años, los padres aisladamente o en conjunto son los responsables del 75% de los casos. (15)

En Inglaterra se reportan 12,800 defunciones por año de menores a manos de sus agresores. (15)

En 1967 casi la mitad de las víctimas de homicidios en Dinamarca fueron niños.

En 1966 hubo en Estados Unidos de Norteamérica 10,920 homicidios, de los cuales 1 de cada 22 fue Infanticidio perpetrado por los padres.

Cabe considerar que la falta de apreciación del Síndrome es resultado en muchos casos de la pobreza de los conocimientos médicos.

La falta de publicaciones en Lengua Castellana sobre el Síndrome limita aún más a el Pediatra impidiendo así el conocimiento del mismo, al considerar esta entidad debemos tener en cuenta que el médico tiene que valorar correctamente dos elementos, el niño lesionado y el padre agresor.

En ocasiones el médico decide no denunciar los casos, tomando en

cuenta varios factores:

- 1.1 La pérdida de la libertad del agresor que tendrá como consecuencia de -sintegrar aún más la Familia, afectando así a todos los miembros de la misma. Si es la Madre los demás hijos quedarán abandonados, si el Padre se eliminara el único aporte económico familiar acrecentando con esto el problema sin obtener una solución.
- 1.2 La influencia nociva que ejerce la prisión, a cualquier individuo.
- 1.3 Pérdida del Patrimonio Familiar en pagar fianzas costosas.
- 1.4 El deseo de venganza, conciente o no, que surge en un alto porcentaje -de agresores. (15)

De tal suerte que una buena medida es la que se propuso en el -- Primer Simposio del Síndrome del Niño Maltratado, y que estima básicamente deba atenderse a los Padres y agresores desde el punto de vista psicológico, psiquiátrico y educacional.

La deshumanización actual de los miembros de la Sociedad imposibilta que sus familias sean Núcleos Humanizadores de futuros hombres.

El aumento de la violencia en el Mundo y la deshumanización avasllante, no puede desligarse del tipo de relaciones Intra o Interfamiliares-de la actualidad.

Como se puede constatar la repercusión social que produce este tipo de relaciones es trascendental, de igual forma lo es el proceso de socialización a que se somete a los menores.

Entendemos por Socialización, Patrones de comportamiento cultural o socialmente aceptables que incrementan el conocimiento.

Las fuentes importantes de Socialización incluyen la Familia, los

Medios Masivos de comunicación, el Medio Ambiente, la Escuela y en mayor o menor grado la Religión.

Otro de los aspectos importantes y que influyen grandemente, son los Medios Masivos de Comunicación, específicamente: la Televisión. En México, la cantidad de Investigaciones Científicas sobre los efectos de esta sobre los niños ha sido escasa. No obstante, al igual que en otros países, la cantidad de tiempo que el niño dedica en promedio a ver Televisión, constituye de por sí, una razón suficiente para preocuparse por los efectos que la Televisión pueda tener en los niños. De una manera representativa de - - 2,047 niños de la zona metropolitana de la Ciudad de México, se obtuvieron las siguientes consideraciones:

El 12% dedican 3 a 4 horas a ver Televisión.

El 32% dedican más de 5 horas diarias en ver Televisión.

El 7% de los niños no ven Televisión.

Así en promedio el niño dedica 3.36 horas diarias a ver Televisión.

No hay estudios lo suficientemente profundos que apoyen y que determinen la forma en que programas violentos de Televisión, repercuten sobre la formación psicológica del niño, por lo que queda el camino abierto para nuevas investigaciones, aunque es innegable que este medio de comunicación posee una influencia marcada en los pequeños y aún en los adultos.

Antiguamente los datos clínicos que presentaba un niño maltratado se referían exclusivamente a traumatismos, Equimosis y quemaduras frecuentes por lo que los únicos diagnósticos diferenciales se referían a fracturas, alteraciones del tipo de raquitismo, osteogénesis imperfecta, escorbuto así como alteraciones hematológicas del tipo de las púrpuras, discracias sanguíneas, hemofilia, etc.

Las lesiones traumáticas son las más frecuentemente encontradas,-

en ocasiones una radiografía es la única pista para detectarla, por ello debemos estar alertas e identificar el sitio de la fractura, tipo y número de las mismas, buscar fracturas antiguas y ante la duda del diagnóstico, solicitar la radiografía de todo el esqueleto. El 80% de los casos presenta - - fracturas de cráneo, a nivel cervical se puede encontrar compresión o fractura de cuerpos vertebrales o apófisis espinosas. Después de las del cráneo, las fracturas más frecuentes se encuentran en los huesos largos y en los -- Arcos Costales. Este tipo de fracturas presentan radiológicamente anomalías que pueden orientarnos hacia el diagnóstico. (16)

Fracturas de la Metafisis caracterizados por pequeños levantamientos óseos en la unión de esta con la Epifisis. Hematomas subperiosticos calcificados con fracturas de todos tipos y grados. Deslizamientos epifisarios con deformidad articular o sin ella. Combinaciones de las lesiones anteriores en diferentes etapas de evolución.

Las quemaduras también forman parte de las lesiones comunes y son muy variadas en cuanto a su etiología, grado y extensión, llama la atención como estas generalmente son producidas por fuego directo y pueden ser por cigarrillos, metales calientes o grasas.

Otra forma de castigos frecuentes son los azotes que no llegan a producir fracturas, utilizando para este fin diversos medios.

Es común agredir al menor con ayunos prolongados, así mismo mantenerlos en cuartos aislados de todo contacto social.

Otro tipo de lesiones consideradas como raras se llegan a ver en forma aislada, como son las posiciones forzadas y prolongadas, baños con -- agua helada, intoxicaciones etílicas o por medicamentos, otras veces la -- agresión suele ser por contacto directo cuerpo a cuerpo con ambos miembros superiores e inferiores llegando a producir estallamiento de vísceras que -- ponen en peligro la vida del menor, los cuales requieren intervención quirúrgica de urgencia. (17)

Clinicamente un niño maltratado denota signos y síntomas como pueden ser:

Desnutrición en grado variable

Retraso psicomotor

Hostilidad y llanto constante

Indiferencia total al medio

Lesiones múltiples en piel o tegumentos

Deformidades por fracturas recientes o antiguas

Mal estado de higiene.

MOTIVO DEL PRESENTE ESTUDIO

Se analizan un número determinado de casos (50), en el que se intentara establecer las causas y sus efectos concurrentes en el Síndrome del Niño Maltratado, así como las características específicas tanto de la personalidad del agresor como la del agredido, además de las condiciones ambientales en las que se desarrolla el maltrato del menor.

Y de esta manera proponer medidas preventivas basadas en las conclusiones que se obtengan del Análisis y Discusión de los datos obtenidos.

M A T E R I A L Y M E T O D O S

Se revisaron los expedientes de pacientes pediátricos ingresados en los Hospitales Infantiles del Departamento del Distrito Federal durante el año de 1984.

La recopilación de datos se realizó de acuerdo a el siguiente formato: (CUADRO NUMERO 1)

El Análisis de los mismos se elaboró en base a porcentajes de frecuencia que dan forma a los siguientes cuadros.

CUADRO NUMERO 1

HOJA DE CAPTACION DE DATOS

- 1.- NOMBRE HOSPITAL.....
NUM. EXP.....
- 2.- EDAD DEL NIÑO S E X O
- 3.- EDAD DE LA MADRE EDAD DEL PADRE
- 4.- ESTADO CIVIL DE LOS PADRES
- 5.- ACTIVIDAD DEL PADRE
- 6.- ACTIVIDAD DE LA MADRE
- 7.- INGRESO ECONOMICO MENSUAL DEL PADRE
- 8.- INGRESO ECONOMICO MENSUAL DE LA MADRE
- 9.- HABITOS Y TOXICOMANIAS
- 10.- ANTECEDENTES PENALES DEL AGRESOR
- 11.- RELACION FAMILIAR DEL AGRESOR CON EL MENOR
- 12.- EL NIÑO AGREDIDO ES LEGITIMO NATURAL ADOPTIVO
- 13.- NUMERO DE HERMANOS OTROS HERMANOS GOLPEADOS
- 14.- INFORMANTE DEL MAL TRATO
- 15.- MOTIVO DE LA HOSPITALIZACION:
 - a) GRAVEDAD DE LAS LESIONES
 - b) RETIRARLO DEL MEDIO AMBIENTE
 - c) INVESTIGACION DEL MINISTERIO PUBLICO
- 16.- DIAGNOSTICO DE INGRESO
- 17.- DIAGNOSTICOS FINALES
- 18.- DIAS DE HOSPITALIZACION
- 19.- TIPO DE LESIONES
- 20.- OBJETO UTILIZADO PARA AGREDIR
- 21.- SITIO DE LAS LESIONES
- 22.- COMPLICACIONES Y SECUELAS
- 23.- CAUSA APARENTE DE LA AGRESION

CUADRO NUMERO 2

EDAD DEL MENOR MALTRATADO EN 50 CASOS ESTUDIADOS

ANOS	NUMERO DE CASOS	PORCENTAJE
0 a 1	4.....	8.0%
1 a 4	19.....	38.0%
5 a 8	16.....	32.0%
9 a 12.....	4.....	8.0%
13 a 16.....	7.....	14.0%
TOTAL	50	100.0%

CUADRO NUMERO 3

FRECUENCIA CON RESPECTO AL SEXO EN 50 CASOS ESTUDIADOS

S E X O	NUMERO DE CASOS	PORCENTAJE
MASCULINO.....	28.....	56.0%
FEMENINO.....	22.....	44.0%
T O T A L	50	100.0%

CUADRO NUMERO 4

EDAD DE LA MADRE EN 50 CASOS ESTUDIADOS

E D A D	NUMERO DE CASOS	PORCENTAJE
15 a 25	12.....	24.0%
26 a 35	18.....	36.0%
36 a 45	16.....	32.0%
45 o más.....	4.....	8.0%
T O T A L	50	100.0%

CUADRO NUMERO 5

EDAD DEL PADRE EN 50 CASOS ESTUDIADOS

E D A D	NUMERO DE CASOS	PORCENTAJE
15 a 25.....	8.....	16.0%
26 a 35.....	20.....	40.0%
36 a 45.....	14	28.0%
45 o más.....	8.....	16.0%
T O T A L	50	100.0%

CUADRO NUMERO 6

ESTADO CIVIL DE LOS PADRES EN 50 CASOS ESTUDIADOS

ESTADO CIVIL	NUMERO DE CASOS	PORCENTAJE
CASADOS CIVIL.....	25.....	50.0%
UNION LIBRE.....	11.....	22.0%
MADRE SOLTERA.....	9.....	18.0%
PADRES FALLECIDOS (AMBOS)...	5.....	10.0%
T O T A L	50	100.0%

CUADRO NUMERO 7

ACTIVIDAD DEL PADRE EN 50 CASOS ESTUDIADOS

ACTIVIDAD	NUMERO DE CASOS	PORCENTAJE
CAMPESINO	7.....	14.0%
OBRERO.....	8.....	16.0%
EMPLEADO.....	12.....	24.0%
COMERCIANTE.....	5.....	10.0%
MECANICO.....	5.....	10.0%
ALBARIL.....	3.....	6.0%
CARPINTERO.....	2.....	4.0%
PROFESIONISTA.....	1.....	2.0%
PEPENADOR.....	1.....	2.0%
CHOFER.....	1.....	2.0%
SE IGNORA.....	5.....	10.0%
T O T A L	50	100.0%

CUADRO NUMERO 8
ACTIVIDAD DE LA MADRE EN 50 CASOS ESTUDIADOS

ACTIVIDAD	NUMERO DE CASOS	PORCENTAJE
H O G A R	27.....	54.0%
TRABAJADORA DOMESTICA.....	11.....	22.0%
PROSTITUCION.....	8.....	16.0%
VENDEDORA AMBULANTE.....	3.....	6.0%
PEPENADORA.....	1.....	2.0%
T O T A L	50	100.0%

CUADRO NUMERO 9

INGRESO ECONOMICO MENSUAL DEL PADRE EN 50 CASOS ESTUDIADOS

INGRESO (PESOS)	NUMERO DE CASOS	PORCENTAJE
MENOS DE 1,000.....	10.....	20.0%
1,001 a 5,000.....	10.....	20.0%
5,001 a 10,000.....	22.....	44.0%
10,001 a 15,000.....	6.....	12.0%
15,001 o más	2.....	4.0%
TOTAL	50	100.0%

CUADRO NUMERO 10

INGRESO ECONOMICO MENSUAL DE LA MADRE EN 50 CASOS ESTUDIADOS

INGRESO	NUMERO DE CASOS	PORCENTAJE
MENOS DE 1,000.....	1.....	2.0%
1,001 a 5,000	11.....	22.0%
5,001 a 10,000.....	11.....	22.0%
NO PERCIBEN SALARIO.....	27.....	54.0%
T O T A L	50	100.0%

CUADRO NUMERO 11

TOXICOMANIAS DEL AGRESOR EN 50 CASOS ESTUDIADOS

TOXICOMANIAS	NUMERO DE CASOS	PORCENTAJE
ALCOHOLISMO.....	30.....	60.0%
DROGADICCION.....	4.....	8.0%
NEGADO.....	16.....	32.0%
T O T A L	50	100.0%

CUADRO NUMERO 12

ANTECEDENTES PENALES DEL AGRESOR EN 50 CASOS ESTUDIADOS

ANTECEDENTES	NUMERO DE CASOS	PORCENTAJE
POSITIVOS.....	1 *	2.0%
NEGADOS.....	44	88.0%
ACTUALMENTE RECLUIDOS.....	5	10.0%
T O T A L	50	100.0%

* Este sujeto está actualmente recluido por el delito de Infanticidio y con el antecedente de haber sido-recluido con anterioridad por daños a la Salud.
(es Drogadicto).

CUADRO NUMERO 13

IDENTIDAD CIVIL DEL NIÑO AGREDIDO EN 50 CASOS ESTUDIADOS

IDENTIDAD CIVIL	NUMERO DE CASOS	PORCENTAJE
LEGITIMO.....	30.....	60.0%
NATURAL.....	17.....	34.0%
ADOPTIVO.....	3.....	6.0%
TOTAL	50	100.0%

CUADRO NUMERO 14

RELACION FAMILIAR AGRESOR - AGREDIDO EN 50 CASOS ESTUDIADOS

RELACION FAMILIAR	NUMERO DE CASOS	PORCENTAJE
M A D R E	26.....	52.0%
P A D R E	12.....	24.0%
PADRASTRO.....	3.....	6.0%
MADRASTRA.....	2.....	4.0%
HERMANOS MAYORES.....	3.....	6.0%
T I O S	3.....	6.0%
ABUELOS.....	1.....	2.0%
NO FAMILIARES.....	4.....	8.0%
T O T A L	54	100.0%

* El aumento en los Totales corresponde a que en cuatro de los casos: Los menores eran maltratados por ambos Padres.

CUADRO NUMERO 15

**NUMERO DE HERMANOS EN LA FAMILIA DEL MENOR MALTRATADO EN -
50 CASOS ESTUDIADOS**

NUMERO DE HERMANOS	NUMERO DE CASOS	PORCENTAJE
HIJO UNICO	9.....	18.0%
1 a 2	24.....	48.0%
3 a 4	8.....	16.0%
5 a 6	3.....	6.0%
7 a 8	2.....	4.0%
9 o más	4.....	8.0%
T O T A L	50	100.0%

CUADRO NUMERO 16

INFORMANTE DEL MAL TRATO AL MENOR EN 50 CASOS ESTUDIADOS

INFORMANTE	NUMERO DE CASOS	PORCENTAJE
FAMILIARES.....	18.....	36.0%
VECINOS.....	15.....	30.0%
EL NIÑO AGREDIDO.....	8.....	16.0%
TRABAJADORAS SOCIALES.....	6.....	12.0%
MEDICOS.....	3.....	6.0%
TOTAL	50	100.0%

CUADRO NUMERO 17

CARACTERISTICAS DE LA VIVIENDA DEL MENOR AGREDIDO
EN 50 CASOS ESTUDIADOS (NUMERO DE CUARTOS) .

NUMERO DE CUARTOS	NUMERO DE CASOS	PORCENTAJE
1	32.....	64.0%
2	13.....	26.0%
3 ó más	5.....	10.0%
TOTAL	50	100.0%

CUADRO NUMERO 18

TIPO DE LESIONES ENCONTRADAS EN 50 CASOS ESTUDIADOS

TIPO DE LESIONES	NUMERO DE CASOS	PORCENTAJE
GOLPES CONTUSOS	14.....	28.0%
QUEMADURAS	9.....	18.0%
TRAUMATISMO		
CRANEOENCEFALICO.....	6.....	12.0%
FRACTURAS.....	5.....	10.0%
AYUNO PROLONGADO.....	5.....	10.0%
AGRESION SEXUAL.....	3.....	6.0%
PRIVACION DEL		
TRATAMIENTO MEDICO.....	3.....	6.0%
ENCIERRO	2.....	4.0%
CONTUSION ABDOMINAL		
PROFUNDA	1.....	2.0%
OTROS PADECIMIENTOS.....	2.....	4.0%
T O T A L	50	100.0%

CUADRO NUMERO 19

OBJETOS UTILIZADOS PARA LESIONAR AL MENOR MALTRATADO
EN 50 CASOS ESTUDIADOS

OBJETO	NUMERO DE CASOS	PORCENTAJE
M A N O	11.....	22.0%
P I E	6.....	12.0%
CINTURON.....	6.....	12.0%
CUERDAS	6.....	12.0%
TABLAS	6.....	12.0%
CABLES	5.....	10.0%
OBJETOS PUNZOCORTANTES....	5.....	10.0%
CIGARRILLOS.....	2.....	4.0%
O T R O S	3.....	6.0%
T O T A L	10	100.0%

CUADRO NUMERO 20

DIAGNOSTICO DE INGRESO EN 50 PACIENTES ESTUDIADOS

DIAGNOSTICO	NUMERO DE CASOS	PORCENTAJE
POLITRAUMATIZADO.....	10.....	20.0%
SINDROME DEL NIÑO MALTRATADO	9.....	18.0%
TRAUMATISMO CRANEOENCEFALICO	5.....	10.0%
DESNUTRICION	5.....	10.0%
PARALISIS CEREBRAL INFANTIL	4.....	8.0%
OTROS PADECIMIENTOS.....	17.....	34.0%
T O T A L	50	100.0%

CUADRO NUMERO 21

DIAGNOSTICO DE EGRESO EN 50 CASOS ESTUDIADOS

DIAGNOSTICO	NUMERO DE CASOS	PORCENTAJE
SINDROME DEL NIÑO MALTRATADO.....	39.....	78.0%
PARALISIS CEREBRAL INFANTIL Y		
SINDROME DEL NIÑO MALTRATADO.....	4.....	8.0%
TRAUMATISMO CRANEOENCEFALICO Y		
SINDROME DEL NIÑO MALTRATADO.....	5.....	10.0%
ENFERMEDAD DEL APARATO DIGES		
TIVO Y SINDROME DEL NIÑO MAL		
TRATADO.....	2.....	4.0%
T O T A L	50	100.0%

CUADRO NUMERO 22

DIAS DE HOSPITALIZACION EN 50 CASOS ESTUDIADOS

D I A S	NUMERO DE CASOS	PORCENTAJE
0 a 5	15.....	30.0%
6 a 10	20.....	40.0%
11 a 15	8.....	16.0%
15 o más	7.....	14.0%
T O T A L	50	100.0%

CUADRO NUMERO 23

LOCALIZACION MAS FRECUENTE DE LAS LESIONES EN 50 CASOS ESTUDIADOS

S I T I O	NUMERO DE CASOS	PORCENTAJE
EXTREMIDADES	21	42.0%
C R A N E O	16	32.0%
T R O N C O	9	18.0%
C A R A	3	6.0%
ABDOMEN	1	2.0%
T O T A L	50	100.0%

CUADRO NUMERO 24

COMPLICACIONES DE LESIONES EN 50 CASOS ESTUDIADOS .

COMPLICACIONES	NUMERO DE CASOS	PORCENTAJE
INVALIDEZ PARCIAL	10	20.0%
INVALIDEZ TOTAL	5	10.0%
RETRASO PSICOMOTOR	11	22.0%
TRAUMA PSICOLOGICO	8	16.0%
FALLECIMIENTO	3	6.0%
SIN COMPLICACIONES APARENTES ..	13	26.0%
T O T A L	50	100.0%

CUADRO NUMERO 25

CAUSA APARENTE DEL MALTRATO EN LOS 50 CASOS ESTUDIADOS .

CAUSA	NUMERO DE CASOS	PORCENTAJE
DESOBEDIENCIA	12	22.0%
TOXICOMANIAS DEL AGRESOR	10	20.0%
HIPERCINESIA	6	12.0%
HIJOS NO DESEADOS	5	10.0%
PROBLEMAS ECONOMICOS	4	8.0%
ENFERMEDADES DEL MENOR	4	8.0%
MALAS CALIFICACIONES	2	4.0%
ENURESIS	2	4.0%
REBELDIA	2	4.0%
IGNORADOS	4	8.0%
TOTAL	50	100.0%



FOTO 1. Este menor representa a la Población Infantil: que se encuentra explotada teniendo que trabajar para ganarse - el sustento familiar arriesgándose - en la Vía Pública.



FOTO 2.A La desnutrición severa, consecuencia del ayuno prolongado es otra forma y de las más graves del maltrato infantil.



FOTO 2.B Otra víctima más del descuido y la falta de atención, que también - - constituye un maltrato infantil .

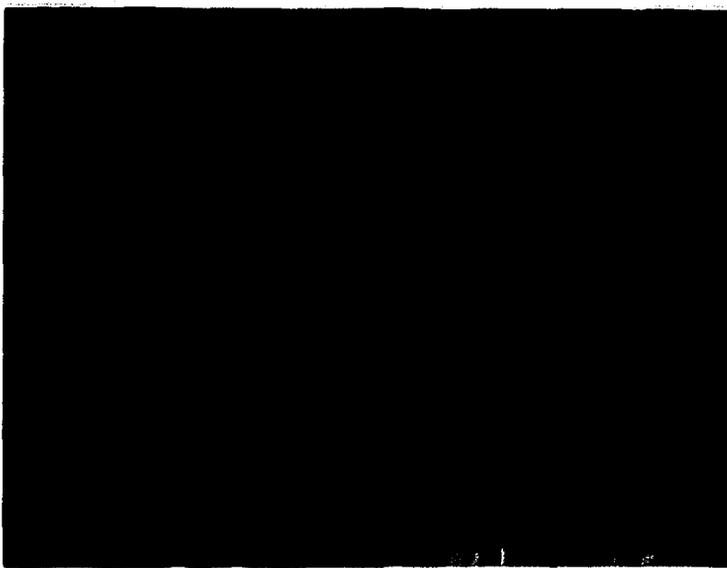


FOTO 2.C Esta menor se encuentra en recuperación de su desnutrición severa; después de múltiples complicaciones como Bronconeumonía y Gastroente-ritis propiciadas por su inmunodeficiencia - propia de los niños mal nutridos.



FOTO 3.A Preescolar maltratado por sus hermanos mayores con desnutrición severa, y en quién además se observó lesiones en columna vertebral ocasionadas por múltiples traumatismos, así como deformidades en Tórax Posterior (Escoliosis Doble).



FOTO 3.B Vista posterior, en la que observamos manchas hipocrómicas en Hemitórax izquierdo y en el costado del mismo lado secuelas de quemadura de 2o. grado por escaldadura en el mismo niño.



**FOTO 4.A Síndrome del Niño Maltratado:
Lesiones extensas por quemaduras de
1° y 2° grados por Escaldadura.**



FOTO 4.B Un acercamiento, en el que se observan mejor las quemaduras, ocasionadas por una vecina - quién le arrojó un balde con agua hirviendo - por serle antipático y acusarle de travieso.

R E S U L T A D O S

El Análisis de los datos obtenidos mediante interrogatorio directo y también con el estudio de los expedientes de menores con sospecha de maltrato revelaron lo siguiente:

CUADRO NUMERO 2

Este Cuadro nos revela que la mayor incidencia de maltrato al menor se encuentra en el Grupo de edad de 1 a 4 años con un 38.0% de frecuencia, seguido del Grupo de 5 a 8 años de edad con un 32.0% de frecuencia, siendo el Grupo menos afectado el de recién nacidos y lactantes menores, es decir en el Grupo de edad de 0 a 1 años, lo que nos indica que el menor está siendo más agredido en la etapa más crítica de formación, es decir en el momento en que su aprendizaje y sus experiencias serán clave para su futuro desarrollo.

Lo que nos indica que en el momento en que el menor inicia su etapa de Socialización e Individualización, los padres, el tutor o bien las personas encargadas de su cuidado, al no estar de acuerdo con el desarrollo propio del menor imponen su conceptualización de la vida llegando al maltrato mental e incluso físico, poniendo en peligro su estabilidad física y emocional.

CUADRO NUMERO 3

Este Cuadro nos revela la mayor frecuencia en el Sexo la cual nos indica en el sexo masculino la mayor incidencia, siendo de 56.0% contra un 44.0% del sexo femenino, lo que sugiere que no existe predominio importante con respecto al sexo en el maltrato al menor.

CUADRO NUMERO 4

La mayor frecuencia encontrada en la Edad de la Madre en los casos estudiados de maltrato al menor se encontró en el Grupo de edad de 26 a 35 años -

con un 36.0% y la menor frecuencia en las Madres de mayor edad de los 45 -- años en adelante con un 8.0%, lo que nos revela que en las Madres jóvenes -- se exteriorizan más los conflictos Emocionales, Sociales o Económicos pro -- pios traduciéndose en maltrato al menor.

CUADRO NUMERO 5

Este Cuadro nos revela similitud al anterior al encontrar mayor frecuencia- en Padres cuyo Grupo de edad es de 26 a 35 años con un 40.0% y una menor in cidencia tanto en Padres jóvenes de 15 a 25 años como en aquellos en los -- que la edad es de 45 años o más con un 16.0% respectivamente, reforzando la Tesis de que en las personas jóvenes se resienten más los conflictos de to- da índole, traduciéndose en maltrato al menor.

CUADRO NUMERO 6

Este nos indica que en lo referente al Estado Civil de los Padres, la fre - cuencia más alta se encuentra en aquéllos que están legalmente casados con - un 50.0% contrario a lo que pudiera esperarse ya que los que viven en Unión Libre y las Madres solteras, alcanzan una frecuencia de 22.0% y 18.0% res - pectivamente, esto quizá sea debido a que en su afán de corregir al menor, - y en el mayor tiempo de convivencia, sus actitudes represivas sean más apa - rentes.

CUADRO NUMERO 7

En lo referente a la actividad desarrollada por el Padre, la mayor frecuen - cia se encuentra en los Empleados con un 24.0% y la menor frecuencia en los Profesionistas con un 2.0%.

Es preciso mencionar que en los Hospitales Infantiles del Departa mento del Distrito Federal la mayoría de los pacientes atendidos correspon - de al Estrato Socio-económico bajo, lo que hace que este dato sea realtiva - mente veraz.

CUADRO NUMERO 8

La mayoría de las Madres se dedicaban a las labores de su hogar, registrándose 27 casos (54%), siguiendo en orden decreciente, las Madres que tenían necesidad de trabajar, pero por la carencia de estudios y preparación lo hacían efectuando las labores domésticas pero de otros hogares ajenos al suyo, y la Prostitución en tercer lugar con el 22 y 16% respectivamente. Lo que sugiere que al aumentar el tiempo de convivencia entre Madre e Hijo en un medio propicio incrementa el riesgo del maltrato al menor.

CUADRO NUMERO 9

El Ingreso Económico del Padre predominante fue encontrado en el Tercer Grupo: 5,001 a 10,000 Pesos con un 44%, y por orden de frecuencia le siguieron con el 20% los Grupos de menor ingreso, aunque nuestras curvas de frecuencia están supeditadas al tipo de pacientes que recibimos en estas unidades, ya que los de mayor ingreso mensual cuentan con otros servicios médicos ya sea institucionales o particulares.

CUADRO NUMERO 10

El Ingreso Económico de la Madre en 27 casos (54%) era nulo y las que trabajaban recibían entre 1,001 a 10,000 Pesos en 22 casos (44%), esto concuerda con el dato anterior, y he de anticipar que uno de los principales problemas que ocasionan el maltrato al menor dependían directamente de las carencias económicas.

CUADRO NUMERO 11

Se encontró Alcoholismo positivo en el 60% de los casos, pero este dato se negó en 16 casos (32%), el grado de Alcoholismo en el agresor fue importante, ya que en los casos interrogados estos llegaban a la embriaguez por lo menos tres veces por semana. La Drogadicción fue positiva en 4 casos (8%) - aceptada incluso por el agresor y culpando a ese estado el haber ocasionado daño al menor.

CUADRO NUMERO 12

En relación a los Antecedentes Penales del agresor, sólo un caso presentó Antecedentes Penales por daños a la Salud y el cual actualmente se encuentra recluido ya que el maltrato al menor le ocasionó la muerte, otros 5 casos fueron negativos aunque actualmente están recluidos; 3 de ellos por Infanticidio y 2 más prófugos culpables de maltrato a menores. El 88% de los casos no tenían Antecedentes Penales.

CUADRO NUMERO 13

De los 50 Casos Estudiados, 30 de los menores son Hijos Legítimos (60%), Naturales 17 casos (34%), y Adoptivos 3 (6%); otro dato que no esperábamos, suponiendo que los menores con menos protección serían los más expuestos al maltrato. Pero los resultados indican lo contrario.

CUADRO NUMERO 14

La Persona más frecuentemente culpable del maltrato fue la Madre del menor encontrándola en 26 casos (52%), y el Padre en 12 casos (24%); existiendo dos casos en los que el menor era maltratado por ambos Padres, apoyando lo escrito anteriormente: que mientras mayor tiempo exista de convivencia mayor es el riesgo de hastío y de intolerancia al menor, claro está que debe existir un medio propicio para ello, además entre las características del agresor está la de que estos Padres agresores fueron también menores maltratados durante su infancia, además son ellos los directamente responsables de la educación de los hijos y les es totalmente permisible el corregirlos de la manera que mejor les parezca, los niños son las personas más cercanas y fácilmente objeto del desahogo de las frustraciones de los Padres, que al llegar del trabajo descargan sobre ellos los resentimientos y problemas que no pueden recaer directamente sobre las personas realmente involucradas, -- por múltiples razones. Pero en el maltrato al menor también intervienen -- otros familiares e incluso extraños.

CUADRO NUMERO 15

En relación al número de hermanos en la familia: encontramos contrario tam-

bién a lo esperado que los menores con uno o dos hermanos eran más maltratados incluyendo en el maltrato a los hermanos, esto sucedió en 24 casos (48%) y 9 casos (18%) era hijo único, concurrió que en estos casos el Padre o la Madre habían abandonado a los menores en Hospitales o con otros familiares.

CUADRO NUMERO 16

El Informante más frecuente de los casos de maltrato encontrados en nuestro estudio fueron los Familiares (36%), Vecinos (30%), el Menor Maltratado - - (16%), Trabajadoras Sociales (12%) y Médicos sólo en 3 casos (6%), probablemente como se mencionaba ya con anterioridad por el peligro de desintegrar aún más el Núcleo Familiar y dejar a otros menores sin el sostén único que suele constituir el Padre, ya que las otras personas pueden sólo enfocar su denuncia a la protección del menor y no piensan en las consecuencias de este acto.

Sin obviar el temor de verse involucrado en un caso Médico Legal y en el caso de los Médicos el de no pensar en la posibilidad diagnóstica al observar un menor con lesiones múltiples y con reingresos hospitalarios por diferentes patologías.

CUADRO NUMERO 17

Concordante con los datos expuestos con anterioridad del Bajo Nivel Socio-económico de los pacientes en cuestión: las características de la habitación fueron las siguientes; en 32 casos (64%), las casas constaban de un solo cuarto que servía de recámara, comedor y cocina para todos los integrantes de la familia, en 13 casos la casa contaba con dos cuartos (26%) y sólo 5 viviendas tenían más de 3 cuartos, claro está que en un 90% existía hacinamiento y promiscuidad.

CUADRO NUMERO 18

En cuanto al Tipo de Lesiones más frecuentemente encontradas en los menores; se observaron por orden decreciente de frecuencia: Contusiones Múltiples - (28%), Quemaduras efectuadas por fuego directo, objetos calientes, cigarrillos

llos encendidos, y por líquidos calientes (18%), Traumatismos Craneoencefálicos (12%), Fracturas Múltiples o Aisladas (12%), Ayuno Prolongado (10%), Abuso Sexual (6%), Privación de Tratamiento Médico Indicado (6%), Encierro en Cuartos Oscuros y Sucios (4%), en un caso existió contusión profunda de abdomen mismo que ameritó intervención quirúrgica de urgencia por ruptura de Viscera Hueca (2%), y otros padecimientos: Pacientes que se ingresaron con cuadro Gastrointestinal complicado con Deshidratación y Desnutrición de tercer grado. Existiendo pacientes que presentaban más de un tipo de lesiones, y en los casos de Traumatismo Craneoencefálico concurren también múltiples Equimosis y Escoriaciones Dermoepidérmicas en diferentes partes del cuerpo. Las quemaduras fueron lesiones también muy frecuentes pero siempre divulgadas como Lesiones Accidentales, pero que por sus características hacían sospechar lo contrario, también incluimos como Lesión el Ayuno Prolongado, el cual ocasionó desnutrición en diversos grados de severidad, lo cual se observó en 5 casos (10%) en nuestro estudio, con menor frecuencia quizá por que este tipo de lesión es muchas veces ocultado, se reportó el abuso sexual en sólo 3 casos (6%), quizá su frecuencia sea mayor pero difícilmente se denuncia, este ataque se presenta más frecuente en el sexo femenino, pero también existe en el sexo masculino, la privación del tratamiento médico en los menores también se considera como una lesión ya que a consecuencia de ello se presenta cronicidad de padecimientos muchas veces banales, así como retraso en la progresión de la recuperación o rehabilitación del menor. Esto se observó en 3 casos (6%). El encierro se determinó en 2 casos (4%), casi siempre por los hermanos mayores para así evitarse la molestia de cuidarlos, existió un caso de contusión profunda de abdomen: un menor golpeado por su Padre quien tuvo que ser intervenido de urgencia para salvar su vida. En lo que respecta a otros padecimientos existió un cuadro Gastrointestinal y Desnutrición severa y otro caso se debió a un Cuadro Bronco neumónico complicado con Insuficiencia Respiratoria, en los cuales se confirmó el maltrato al menor.

CUADRO NUMERO 19

Los objetos utilizados para el maltrato observados con mayor frecuencia fueron: las Manos en 11 casos (22%), los Pies en 6 casos (12%) y con similar frecuencia Cinturones, Cuerdas y Tablas en 6 casos con un (12%). En orden-

decreciente, Cables y objetos punzo cortantes registrado en 5 casos cada -- uno equivalente al 10%, Cigarrillos 2 casos equivalentes a 4% y por último otros objetos en 3 casos 6%, siendo estos; Objetos pesados, Tabiques e incluso Bebidas Alcohólicas.

CUADRO NUMERO 20

El Diagnóstico de Ingreso en el 20% de los casos fue el de Politraumatizado, siguiéndole en frecuencia menor el Síndrome del Niño Maltratado con 9 casos (18%), Traumatismo Craneoencefálico 5 casos (10%), Desnutrición 5 casos - (10%), Parálisis Cerebral Infantil 4 casos (8%) y otros padecimientos en 17 casos (34%); es importante hacer notar que en la mayoría de los casos el -- Diagnóstico de Ingreso fue totalmente diferente al maltrato físico, ya que estos padecimientos se debían a alteraciones en el Sistema Cardíopulmonar, Digestivo o Urinario que aparentemente no tenían relación con el Síndrome - en cuestión, más sin embargo al realizar una exploración física exhaustiva se encontraron huellas de maltrato en todos los menores, los niños con Diagnóstico de Politraumatizados y Traumatismo Craneoencefálico se reportaron - en forma accidental, pero al reinterrogar intencionalmente los informantes - cayeron en múltiples contradicciones, lo cual hizo sospechar el diagnóstico real.

Los 9 casos de Síndrome de Niño Maltratado fueron diagnosticados además de hacerlo por las lesiones encontradas en el menor, también por la denuncia - verbal de familiares e incluso Trabajadoras Sociales.

En los casos de Desnutrición y Parálisis Cerebral Infantil se determinó el maltrato al conservar las condiciones del menor, así como el descuido evidente por parte de sus familiares para cubrir sus necesidades más elementales.

CUADRO NUMERO 21

De los 50 Casos Estudiados 39 (78%) fueron el de Síndrome del Niño Maltrato únicamente y el resto 11 casos (22%). Se agregó al del Síndrome del Niño Maltratado otra Patología.

CUADRO NUMERO 22

En relación a los días de Hospitalización 20 casos (40%) permanecieron hospitalizados de 6 a 10 días siguiéndole en frecuencia con el 30% de 0 a 5 -- días, esto se debió probablemente a que no permanecieron hospitalizados hasta su curación total, sino que habiendo tratado el problema de urgencia -- eran egresados pero se continuaba el manejo en forma externa, existieron -- 8 casos (16%) cuya permanencia hospitalaria fue mayor dado a que su Patología agregada era aún más difícil de tratar o controlar que el descuido y -- maltrato de que eran objeto. El resto de los casos que eran 7 permanecieron más de 15 días ocasionando esto, las complicaciones de las Patologías agregadas teniendo los menores tanto Desnutrición de base como Inmunosupresión.

CUADRO NUMERO 23

La localización más frecuente de las lesiones fueron las Extremidades presentadas en 21 casos (42%), siguiendo en orden decreciente el Cráneo con -- 16 casos (32%), Tronco en 9 casos (18%), Cara con 3 casos (6%) y el Abdomen en un caso (2%); seguramente esto fue en relación directa al objeto utilizado para lesionarlo, así como de tener la intención el agresor de ocasionar -- daño pero de menores consecuencias, sin embargo el Cráneo ocupó el segundo -- lugar en la localización, también condicionadas por ser una de las partes -- del cuerpo más sobresaliente y cercano a la mano del agresor, enseguida: -- las lesiones en el Tronco también, se observaron con frecuencia sobre todo, cuando el objeto utilizado para lesionarlo eran largos como los cables, cinturón y tablas, además de ser una parte poco visible para otras personas, -- evitando así el descubrirlas, cuando no se tiene la intención expresa de -- buscar lesiones. La Cara se encontró en sólo 3 casos probablemente por la -- misma razón. El Abdomen también fue una de las partes menos afectadas por -- los golpes, quizá por ser la parte del cuerpo que queda más cubierta, cuando el menor se enrolla sobre sí mismo para evitar los golpes.

CUADRO NUMERO 24

Las complicaciones encontradas como propias del Síndrome del Niño Maltratado fueron las siguientes:

Invalidez Parcial en 10 casos (20%), siendo de estas, la más frecuente, la claudicación secundaria a lesión de alguno de los Miembros Inferiores, así como deformidades óseas que limitan la movilización completa de la extensión o flexión, la Invalidez Total observada en 5 casos (10%) que corresponden a los pacientes con lesiones neurológicas incapacitantes que impedian el razonamiento adecuado como la posibilidad de bastarse a sí mismos, secundarias a Traumatismos Craneoencefálicos graves recuperándose después del trauma dejando graves secuelas, los casos de retraso psicomotor también se observaron con frecuencia: 11 casos (22%), Secundarios a lesiones repetitivas sobre el Cráneo, el Trauma Psicológico observado en 8 casos (16%) se determinó bajo estudio integral con el Especialista, calificándola en grados según su Coeficiente Intelectual, Aprendizaje lento, Enuresis, Alopecia. En 3 casos (6%) el maltrato ocasionó la complicación más severa e irreparable el fallecimiento del menor.

Uno en el que el Padre mutiló al menor, cortándole los genitales, ocasionando la muerte por hemorragia sin recibir atención médica alguna, otro pequeño falleció a las 24 horas de haber sido golpeado brutalmente por su Padre a base de cinturonzos que provocaron ruptura de Viscera Hueca al negarse a tomar sus alimentos y el otro caso reportado el menor falleció por asfixia; cometido el Infanticidio por la Madre bajo efecto de Estupefacientes 13 casos no presentaron complicaciones.

CUADRO NUMERO 25

La causa más frecuente que los agresores expusieron para justificar el maltrato fue la desobediencia, observada en 12 casos (22%), en 10 casos (20%) la causa fue el estado de ebriedad en el que se encontraba el agresor en el momento de golpear al menor, la Hipercinesia se presentó en 6 casos (12%), siguiéndole en orden decreciente de frecuencia los hijos no deseados con 5 casos (10%), así también los problemas económicos cobran su importancia en las causas de maltrato al igual que las enfermedades del menor cada una con 4 casos (8%), las malas calificaciones, la Enuresis y rebeldía se registraron con 2 casos cada uno (4%) respectivamente, y por último 4 casos en los que se negó el haber maltratado al menor.

El mayor porcentaje observado en este Cuadro fue la desobediencia, y que el golpearlos constituía una medida de corrección aunque esta se practicara en una forma frecuente y exagerada, considerando que las causas antes mencionadas no justifican el maltrato al menor.

Los Problemas Económicos y las Enfermedades del menor fueron otras causas de maltrato, en estos casos el maltrato fue la desesperación al sentirse incapaz de satisfacer las necesidades más primordiales del menor cuando éste le pedía de comer o para vestirse, zapatos, o el simple cuidado para proporcionarle sus medicamentos, cuando se encontraba enfermo y también la incapacidad del menor para ayudarlo a ganar dinero durante el tiempo que permaneciera enfermo, así como en los casos en que el menor padeciera una enfermedad incapacitante de por vida como los de Parálisis Cerebral Infantil, en los que el menor dependiera en su totalidad del adulto agresor que cansado de asistirlo decide olvidarlo y desear su muerte más cercanamente.

Las malas calificaciones, como una frustración de los Padres de tener con ellos al hijo más brillante de su clase, o de no efectuar los hijos lo que desean los Padres que éste haga, o sea. La Enuresis es la resultante de un problema de inadaptación del menor, que los Padres no entienden así y a lo cual no encuentran justificación alguna, la rebeldía en los casos en que el menor se opone a los deseos del Padre por encontrarlos irracionales o por sentirse humillados al recibir la orden en forma impositivamente sin permitirle exponer sus propios deseos o ideas. Y los casos en los que nunca se aceptó el ser culpables de agresión al menor y concretarse a negar tener causas para golpearlos.

C O N C L U S I O N E S

Lo anteriormente expuesto, tiene como finalidad primordial despertar el interés del Médico por la importancia misma que ha cobrado esta Patología que constituye lo que es "El Síndrome del Niño Maltratado", tanto por el aumento en la frecuencia de los casos como la repercusión no sólo en el menor tanto psíquica como física, sino también la que se observa en el seno familiar y a nivel social, dado el tipo de secuelas permanentes que éste -- ocasiona.

Es por lo anterior que deseamos concluir el estudio actual con la exposición sistemática y ordenada de los medios que el Médico debe utilizar para realizar un diagnóstico oportuno, así como la Institución de un tratamiento precoz y con ello la ejecución de medidas preventivas en base a las características ya mencionadas tanto del agresor, como del agredido (niño - maltratado), y las condiciones en que esto se desarrolla, basándonos en el interrogatorio, la exploración física, datos de laboratorio y de gabinete, de los cuales podemos echar mano para realizar un estudio completo y con bases firmes, ya que este problema así lo amerita por la importancia tanto -- desde el punto de vista Médico como Legal.

LOS MALOS TRATOS EN LA INFANCIA.

Orígenes del Concepto. En un Simposio de la Academia Americana de Pediatría celebrado en 1961, se acuñó la expresión "Síndrome del Niño Maltratado" (Kempe y Cols., 1962). Centrando su interés en las fracturas inexplicables y en otras formas graves de abusos físicos. Pero este concepto de malos tratos en la Infancia se fue extendiendo a todo el problema resultante de una falta de "Razonable cuidado y Protección de los Niños" por parte de sus Padres o Personas encargadas de su Tutela.

Los malos tratos en la Infancia imponen al Médico dos responsabilidades: la de descubrirlos y la de denunciarlos. El Médico debe poder diagnosticar esta entidad en sus pacientes transferidos por otros colegas. El Médico debería pensar en el trato abusivo, siempre que se le presenta un niño traumatizado. La detección de los casos es de importancia vital en los niños menores de seis meses, ya que a esta edad es elevado el riesgo de desenlace letal.

En muchos países el Médico está obligado a denunciar los casos como una medida de prevención importante. (2,3)

Ahora se reconocen formas más sutiles de maltrato infantil, además de las lesiones físicas evidentes. Los extremos incluyen tanto negligencia física como psicológica, donde el niño puede estar desnutrido, forzado a vivir en condiciones espantosas, sufrir ausencia extrema de atención y estimulación, de privación emocional y abuso sexual.

También se reconocen otras formas de maltrato a los niños, tales como intoxicación deliberada por administrar dosis repetidas de medicamentos como Aspirina, Sal o Diuréticos.

Por lo que se realizó la siguiente clasificación: en base a las lesiones encontradas.

DIVERSOS TIPOS DE ABUSO Y NEGLIGENCIA.

1. ABUSO FISICO.

Los malos tratos físicos pueden definirse como lesiones causadas por un progenitor u otra persona encargada del cuidado del niño. Las lesiones pueden consistir en contusiones, quemaduras, traumatismos cefálicos y fracturas. Y su gravedad varía desde las leves contusiones a los hematomas subdurales de curso fatal.

Dado que nuestra Sociedad no repudia el castigo corporal, el Médico debe identificar y evaluar los casos en que el castigo es excesivo y por tanto, constituye un abuso. El castigo corporal causante de contusiones u otras lesiones que requieran tratamiento médico rebasa los límites de la normalidad. Los hematomas faciales o muy numerosos, así como las contusiones en un niño menor de un año de edad implican un riesgo indudable. Aunque los Padres consideren sinceramente que el niño ha merecido los azotes por su mala conducta, no está justificado ni es razonable un castigo que tenga por consecuencia un hematoma.

2. NEGLIGENCIA EN LA ALIMENTACION.

La privación calórica es la causa más común del insuficiente peso corporal en la Infancia. Más del 50% de los casos de falta de desarrollo se debe a esta sola causa. Se ha descrito también la privación de agua como --trato abusivo. Este diagnóstico debería sospecharse en todo niño mayor de dos años que presente una deshidratación hipernatémica. La restricción de la bebida suele ser el recurso de una Madre psicópata para combatir la Enuresis del niño. (18)

Este tipo de maltrato, está condicionado principalmente por la --falta de recursos económicos por lo que la Madre manda a los menores a dormir sin cenar o los castiga al no darles de comer, aunque el fondo no es la falta cometida, la verdadera causa de esta suspensión de alimento, sino la

falta del mismo en los hogares de estos pequeños, que sin haber cometido en la mayoría de los casos actos reprobables son castigados en esta forma.

3. ABUSOS SEXUALES.

El Abuso Sexual de los niños es probablemente el que con menor -- frecuencia se diagnostica. Reviste varias formas. Se habla de incesto cuando ha existido cohabitación entre un niño y un pariente próximo. Cuando el contacto sexual no llega a la cohabitación, decimos que el niño ha sufrido Agresión Sexual. En la mayoría de los casos la víctima es una niña. Más de la mitad de estos menores tienen menos de 12 años. El peligro es mayor cuando la niña tiene que convivir con un Padrastro o con un amigo de la Madre. - La Vulvitis, la Vaginitis y cualquier otro síntoma genital deben suscitar - la sospecha de abusos sexuales. También las enfermedades venéreas de un niño que no ha llegado a la pubertad pueden ser consecuencia de la explota -- ción sexual. Se han descrito casos de Tonsilitis y Faringitis Gonocócica - secundario a un contacto orogenital forzado. El primer Objetivo de la Tera -- péutica consiste en separar a la niña del adulto culpable. (19, 20)

4. ABUSO DE DROGAS EN LA PRIMERA INFANCIA.

Cuando un Progenitor administra a un niño pequeño una sustancia - potencialmente nociva sin prescripción del Médico, el hecho debe denunciarse en bien de la seguridad del niño en la casuística figuran ejemplos de ad ministración de sustancias alucinógenas o de sedantes para adultos, con el fin de calmar el llanto de los niños.

5. ABUSO EMOCIONAL.

Algunos niños quedan abandonados en lugares públicos o encerrados largo tiempo en un sótano o una buhardilla en ausencia de los Padres; si -- esto llega a una Institución de Protección al menor intervendrá para apar -- tar al menor de su medio ambiente indeseable. Un tipo más refinado de abuso emocional consiste en hacer a un niño objeto de continuas reprimendas, inti midaciones, acusaciones y muestras de indiferencia. Este trato equivale a -

una mutilación de la personalidad en desarrollo. Dado que este tipo de abuso es difícil de demostrar, quizá sea una fortuna que estos niños reciban - algún día malos tratos físicos o sean abandonados, de modo que se revele su miserable situación. El internamiento preventivo de los niños se impone cuando se Madre sufre una Psicosis florida, y por tanto es incapaz de cuidar de sus hijos, o cuando padece una grave depresión que representa un peligro -- para ellos.

6. OMISION DEL TRATAMIENTO MEDICO

Cuando un niño con una enfermedad crónica susceptible de tratamiento sufre una considerable agravación o repetidas situaciones de amenaza letal porque sus Padres desatienden deliberadamente las recomendaciones del Médico, el caso debe denunciarse para someterlo a Tutela Legal o para estudiar una posible adopción. La Casuística registra ejemplos de niños asmáticos que no reciben Aminofilina, Diabéticos a quienes privan de Insulina o pacientes con Tuberculosis activa que no reciben Antifímicos.

Requieren de una Orden Judicial de Hospitalización y tratamiento las situaciones de emergencia que los Padres no quieren reconocer como tal, pudiendo citar como ejemplos: una transfusión de sangre rehusada por prejuicios religiosos, un niño con Meningitis que los Padres prefieren encomendar al curandero, la hospitalización de un niño gravemente enfermo y deshidratado denegada por el Padre por su fobia a los Hospitales, o la negativa de los Padres para autorizar una cirugía que puede salvar la vida del menor a expensas de amputar una extremidad, por conservar esta última, o el impedir el internamiento de un menor con tendencias suicidas, alegando que no padece una afección emocional grave. Todos estos problemas requieren una tentativa de persuasión antes de recurrir a la vía judicial.

FACTORES ETIOLOGICOS.

En menos del 5% de los casos se trata de un Progenitor Psicótico,

capaz de cometer un homicidio. Tampoco llegan al 5% los casos de Inadaptación Social Patológica de un Progenitor que castiga violentamente sin reparar en los peligros de su agresión, y que muchas veces tiene también antecedentes de malos tratos contra el cónyuge o dificultades con la Justicia.

Pero en el 90% restante de adultos responsables no interviene el factor psicótico ni hay antecedentes penales. La agresión contra el niño -- surge en un arrebató colérico provocado por la mala conducta del pequeño. -- Muchos de estos Padres habfan sufrido también castigos violentos durante su infancia, y la incapacidad para controlar su impulsividad constituye entonces un reflejo de su propio sufrimiento, muchas veces son individuos depresivos y solitarios que no encuentran ayuda ni apoyo en la vida matrimonial. Por su retraimiento son incapaces de acudir a las Instituciones Benéficas o a los familiares en las situaciones de crisis.

A la agresión violenta concurren la personalidad del Progenitor, la personalidad del hijo y determinadas circunstancias.

La Personalidad exigente del niño puede deberse a una invalidez -- que requiere continua solicitud; a veces se trata de niños Hiperactivos, -- testarudos o incluso niños precoces más inteligentes que sus Padres. De una forma u otra la víctima del abuso es diferente de sus hermanos.

Las circunstancias "Propicias" suelen darse en un día de crisis, -- a menudo en momentos de problemas económicos por la pérdida del empleo o de la Vivienda, pero también a raíz de frustraciones cotidianas. Otra crisis -- frecuente se produce cuando el niño llora incesantemente a causa de una enfermedad aguda. También pueden desencadenar una crisis la interrupción de -- algún trabajo por el llanto del niño, el diagnóstico de un embarazo no deseado o el nacimiento de otro hijo, un cambio de domicilio o la necesidad -- de atender una familia numerosa.

INSUFICIENCIA PONDERAL.

La principal causa del desarrollo corporal insuficiente es la privación alimentaria. También a este proceso contribuyen diversos factores relacionados con la Madre, el niño y el medio ambiente. La mayoría de las Ma-dres culpables de negligencia son a su vez víctimas de privación afectiva, se sienten aisladas en una Comunidad, deprimidas o incluso desesperadas. -- (21, 22)

En la mayoría de los casos el niño nació de un embarazo indeseado. La Madre es incapaz de establecer un vínculo afectivo con este hijo. A ve - ces el niño insuficientemente desarrollado es más vulnerable por su pasivi-dad, que le impide reclamar el alimento. Y en este caso se repiten el acumulo de factores ya mencionados con anterioridad.

HISTORIA CLINICA.

Muchos casos de abuso físico pueden sospecharse ya por la Histo - ria inverosímil que relatan los Padres para explicar las lesiones del niño. Para la Anamnesis son imprescindibles los datos precisos sobre el pretendi-do accidente (Lugar, momento exacto, sucesión de acontecimientos, personas-presentes, asistencia médica buscada, etc.). Cuando el niño es mayor de 3 - años conviene interrogarlo en ausencia de los Padres. Si admite que ha sido maltratado por un adulto, su versión es casi siempre merecedora de crédito. El interrogatorio debería efectuarse lo antes posible a partir del momento-de la Hospitalización, sin dar tiempo a los adultos a que confeccionen una-historia más creíble. Los datos recibidos deben registrarse con exactitud - para transmitirlos a otros profesionales que puedan encargarse más tarde - del caso. (2)

EXPLORACION FISICA.

CONTUSIONES, EQUIMOSIS, CICATRICES.

Los golpes en la región ocular dan lugar a hematomas periorbita - les. Cuando para el castigo se emplea un instrumento duro, la disposición - de los hematomas recuerda muchas veces su forma. (23)

Las huellas cutáneas en forma de lazo inducen a pensar en la flagelación con una cuerda doblada. Cuando el niño ha sido sujeto violentamente, sus brazos pueden presentar las huellas de los dedos o de toda la mano. Las tentativas de alimentación forzada e impaciente de un niño que no deja de llorar, pueden lesionar el labio superior y el frenillo. También pueden recibir golpes en la boca, los niños mayores "Respondones". Los hematomas - localizados en las nalgas y en la región lumbar son casi siempre consecuencia de un castigo, aunque no deben confundirse con traumatismos las manchas mongólicas. Hemos visto latigazos causados por un cinturón, pero también huellas de reglas, bastones, etc.

El vestigio de una mordedura humana es inconfundible por su forma, con hiperpigmentación periférica y centro claro.

Otros niños presentan tatuajes practicados con un alfiler o una navaja de afeitar. En otros casos pueden verse huellas de estrangulación en el cuello o vestigios circulares del cordel usados para atar los tobillos o las muñecas. En presencia de contusiones o cicatrices múltiples, que pueden hallarse en los más diversos estadios de curación, cabe pensar que los castigos violentos son habituales.

QUEMADURAS.

Considerable porcentaje de los casos de abuso físico presentan quemaduras. La forma más frecuente es la quemadura causada por un cigarrillo. Se trata de áreas circulares y perforadas, de tamaño uniforme, que a menudo se hallan en las palmas de las manos, planta de los pies o en el abdomen. A veces las quemaduras se ocasionan con cerillas o encendedores a fin de inculcar a los niños que no deben jugar con fuego. Las quemaduras por contacto pueden resultar del apoyo forzado en un radiador. (24)

En general son quemaduras de segundo grado sin formación de ampollas, que pueden afectar una extensa superficie cutánea, las escaldaduras con agua caliente son de diversos tipos. El más frecuente es la escaldadura

por inmersión: el Progenitor sostiene las piernas del niño apretadas contra el abdomen y sumerge las nalgas y el periné en agua caliente como castigo de la Enuresis o de la Encopresis. El resultado es una escaldadura circular, con la señal precisa del nivel del agua en los muslos y en el dorso. Las manos y los pies quedan indemnes, lo cual desmiente la explicación de que el niño se ha caído en un recipiente con agua caliente o ha abierto el grifo de agua caliente mientras se estaba bañando, a veces las quemaduras se producen vertiendo el agua caliente sobre el niño, y en este caso las lesiones difícilmente pueden distinguirse de un accidente por salpicadura. La inmersión forzada de una mano o un pie puede diagnosticarse por la escaldadura que sobrepasa la muñeca o el tobillo. Ningún niño es tan tonto para sumergir profundamente una extremidad en agua hirviendo.

TRAUMATISMOS OCULARES.

Las lesiones oftálmicas del niño maltratado pueden consistir en - hemorragia aguda de la cámara anterior, luxación del cristalino y desprendimiento de retina. En más del 50% de los casos la consecuencia es un menoscabo permanente de la visión en uno o ambos ojos. Las hemorragias retinianas pueden ser también indicio de una lesión del Sistema Nervioso Central. (25)

LESIONES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL.

Las lesiones más graves, por la amenaza letal y por la gravedad de las consecuencias, son los hematomas subdurales. (26)

Algunos de los menores presentan fracturas múltiples de cráneo, - por golpes contra una pared o una puerta. A menudo estos niños ingresan con coma y convulsiones. Aunque en más de la mitad de los casos no se observan fracturas. Estos traumatismos se califican hasta hace poco de hematomas subdurales espontáneos, pero los informes recientes demuestran que el hematoma subdural inexplicable se debe a la violencia. La exploración de los traumatismos permite descubrir a veces otras lesiones antiguas. Es muy importante que el Médico abandone la noción de hemorragias subdurales espontáneas en -

niños pequeños. En otros casos pueden comprobarse cefalohematomas. Ocasionalmente se ven hematomas subgaleales a consecuencia de un violento tirón del caballo.

LESIONES VISCERALES EN ABDOMEN.

Los Traumatismos Intraabdominales figuran en segundo lugar entre las causas de muerte de los niños maltratados. No son raros los vómitos recurrentes, la distensión abdominal, la ausencia de ruidos intestinales y la sensibilidad dolorosa localizada. Los hallazgos más comunes son la ruptura del mesenterio o las rupturas del intestino delgado en las zonas de apoyo ligamentoso, como el Duodeno y la porción proximal del Yeyuno. La lesión se debe a la violencia de un golpe o empujón. Estos traumatismos no deben confundirse con la ruptura del Bazo, Hígado o de otras vísceras, que en general se deben a aplastamiento o exceso de presión. (27)

INSUFICIENTE DESARROLLO CORPORAL.

El niño víctima de negligencia alimentaria suele presentar un peso inferior al tercer percentil, mientras que la talla sobrepasa este valor. Aunque puede ser útil la comparación con las curvas normales de crecimiento, la hipoalimentación puede diagnosticarse ya por la escasez de tejido subcutáneo. Lo cual se comprueba en el rostro demacrado, las costillas prominentes, la atrofia de las nalgas con abundantes pliegues cutáneos y la extrema delgadez de los miembros. En casos de grave emaciación, un niño de dos meses puede pesar lo mismo que pesó al nacimiento. Corren riesgo especial los niños víctimas de negligencia higiénica, con signos de decúbito, graves erupciones cutáneas por el roce de los pañales, uñas largas y descuidadas, calvicie occipital o extrema suciedad de todo el cuerpo.

PRUEBAS DE LABORATORIO.

El diagnóstico del traumatismo causado voluntariamente requiere un Análisis Hemático que debe comprender el tiempo de hemorragia, recuento-

de trombocitos, el tiempo parcial de la tromboplastina y el tiempo de protombina. De este modo puede determinarse fácilmente si es cierto que el niño tiene "Propensión a las Equimosis". De vez en cuando, el descubrimiento de una púrpura trombocitopénica idiopática permitirá descartar la sospecha de malos tratos. Con todo, conviene observar si las Equimosis son constantes y si hay hemorragias en otras localizaciones.

Los casos de insuficiente desarrollo corporal sin otras anomalías comprobables en la exploración física no requieren muchas pruebas de laboratorio. Bastara con un Cuadro Hemático completo. La determinación de la velocidad de sedimentación globular, el Análisis de orina, el Cultivo de orina, el pH de las heces, los electrolitos séricos y el nivel de calcio y nitrógeno uréico en sangre.

HALLAZGOS RADIOLOGICOS.

El examen radiológico de los huesos largos, del Cráneo, las Costillas y la Pelvis, suele bastar para hacer el diagnóstico de malos tratos. Esta exploración es siempre conveniente ante la sospecha de un abuso físico. Al mismo examen deben someterse todos los menores con Hipoalimentación confirmada, ya que de cinco a diez por ciento de estos niños sufren también --traumatismos óseos, en algunos casos la fractura es abierta. Aunque el niño sea demasiado joven para explicar lo sucedido, el hallazgo radiológico es elocuente, ya que las lesiones de los huesos largos, por opresión, torsión o tracción, suele presentar desgarramiento del Periostio y fragmentación angular de la Metáfisis. La fractura comminuta es visible a la radiografía inmediatamente después del traumatismo. Hacia los diez o catorce días empieza la calcificación periférica de la hemorragia subperióstica, que en la radiografía ofrece el aspecto de un secuestro involucrado. Unas cuatro a seis semanas más tarde la calcificación bajo el Periostio empieza a reblandecerse y remodelarse. (28, 29)

El Diagnóstico Radiológico es de gran utilidad cuando demuestra la presencia de múltiples lesiones óseas en diversos estadios de curación.

La radiografía indica entonces la repetición de los actos de violencia. Las fracturas costales son un hallazgo común. Aunque estas alteraciones radiológicas se deben a fuerzas aparentemente insuficientes para causar fracturas, conviene llamar la atención sobre su brutalidad. Cuando las primeras placas son normales pero existen signos clínicos de traumatismo, muchas veces la radiografía tomada dos semanas después confirma la sospecha de una fractura epifisiaria sin desplazamiento, por la presencia de un callo bajo el Perostio.

Ciertos trastornos óseos como la Osteogénesis imperfecta, la Hipertostosis cortical infantil, el Escorbuto, la Sífilis, y las Neoplasias -- pueden tener alguna semejanza con los traumatismos por abuso físico. Pero el diagnóstico diferencial no ofrece dificultades al radiólogo experto.

DIAGNOSTICO DE DESNUTRICION SECUNDARIA A PRIVACION CALORICA.

La rehabilitación dietética es el punto de partida para establecer el diagnóstico definitivo en los niños con insuficiente peso corporal. - (30)

El niño desnutrido que engorda rápida y fácilmente en el Hospital ha sido sin duda víctima de negligencia por parte de los Padres. Muchos niños normales presentan un escaso aumento en el Hospital, debido a los exámenes de que son objeto o a las infecciones víricas endémicas. Los niños cuyo escaso desarrollo obedece a causas orgánicas engordan muy poco en el hospital. Aproximadamente la mitad de estos casos se diagnostican ya al alimentar al niño y observar su inapetencia, el bebé puede ser incapaz de succionar o sufrir además una Disfagia. En general la perturbación se debe a un defecto del Sistema Nervioso Central, sugerido ya por la microcefalia con comitante, el retraso en el desarrollo psíquico, la Hipotonía muscular o -- las crisis epilépticas. La mayoría de los casos pueden sospecharse ya por la simple exploración física. (30)

El error más frecuente en la evaluación del insuficiente desarrollo consiste en practicar exámenes costosos de laboratorio antes de proceder a la prueba de Rehabilitación Alimentaria.

T R A T A M I E N T O .

Ante la sospecha de abuso físico o grave negligencia, el Médico puede usar como Guía el siguiente Programa: (2)

1. HOSPITALIZACION DEL NIÑO.

Debe internarse en un Hospital todo niño de quién se sospeche que es -- víctima de alguna forma de abuso. La extensión o gravedad de las lesiones no constituye un criterio esencial para la Hospitalización.

2. TRATAMIENTO DE LAS LESIONES Y DE LA DESNUTRICION.

El Tratamiento debe ser integral; en los casos necesarios, solicitar la interconsulta con Especialistas en Cirugía Ortopédica, Oftalmológica, - Neurología, Neurocirugía, Cirugía Plástica, Nutrición y Psiquiatría en forma conjunta.

3. OFRECER LA AYUDA NECESARIA A LOS PADRES.

El médico debe tener en cuenta que las lesiones se produjeron en un momento de colera y sin deliberación en muchos casos, y que estos progenitores sufren ya por su incapacidad y falta de cariño. Es necesario evitar la confrontación, los reproches y los interrogatorios repetidos, el médico debe entablar comunicación estrecha con los padres y en caso necesario canalizarlo al servicio de psiquiatría.

4. TRATAMIENTO PSICOTERAPEUTICO A LOS PADRES.

5. CONSULTAS PARA LA PLANIFICACION.

6. OBSERVACION MEDICA POSTERIOR.

El niño maltratado necesita asistencia pediátrica con mayor frecuencia que el niño normal, por lo demás, es imprescindible la observación para descubrir una posible repetición del abuso y para controlar el aumento de peso.

COMENTARIO FINAL.

Hubó tiempo en que el Único Derecho aparentemente concedido a los niños fue el de nacer y, hasta hoy, ese Derecho se les concede sin que sean consultados su bienestar o sus deseos. Tienen toda la razón para preguntarse "¿ Para qué estamos aquí ?". Seguramente se hacen esa pregunta en respuesta a los deseos egoístas de los autores físicos de su ser. Durante siglos se ha estado repitiendo con monótona regularidad, la gran obligación - que los niños tienen hacia sus Padres por traerlos a un mundo de sufrimiento, inquietud, penalidades y muerte. Hay muchos que todavía piensan que el Único Derecho del Niño es haber nacido, y las personas de inclinaciones puritanas pueden concederle aún el Derecho adicional de "Renacer" o verse condenado para siempre . . .

Verdaderamente un bebé es algo bello, y estamos autorizados a reafirmar que también es un motivo de alegría para siempre, sin embargo ¿ se desarrollan los bebés en la idea de ser alegrías perpetuas ?, ¿ Aumenta su hermosura ?, ¿ Nunca entraron en la inconciencia o en la malicia ?, con frecuencia se ha afirmado que el problema de si la vida es digna de vivirse -- depende mucho del Hígado; de modo que estamos a salvo diciendo que la cuestión es si un bebé vale la pena de que nazca y todo lo que el término implica depende de los comprometidos en el nacimiento y responsables del mismo.

Todos los niños tienen Derecho a poseer algo más que el privilegio de llamar Padre a un Hombre. Lo tienen también a que el Padre compruebe que "El afecto filial, como el Patrimonio debe ser arraigado profundamente - como una obligación, como una cosa que debe avergonzar cuando no se posee".

El Padre dá el ser al niño. Después de hacer eso, asume un deber - que no debe abandonar, es el Derecho de cada criatura a tener algo más en su Padre que un mero proveedor de alimentos y vestidos. Si el Padre desea el Honor, el respeto y la alegría de la parte más dulce de la vida debe - identificarse con el niño desde el día de su nacimiento, para él es un de -

ber estudiar el carácter y la naturaleza humana de su hijo, como lo es la Madre, en realidad, no tiene más derecho a eludir esa parte de las relaciones sentimentales entre Padre e hijo que el que tiene la Madre.

Si un niño no es alimentado y bañado con ternura, ni se juega con él regularmente, si no es acariciado y besado, si no recibe estímulos táctiles y emocionales, puede no medrar y crecer, puede enfermar, mostrar signos de retraso y en ocasiones morir por falta de amor.

Los individuos que golpean a sus hijos parecen creer que ellos -- como Padres, poseen todos los Derechos y privilegios familiares y que los niños a quienes han hecho el favor de darles la vida tienen hacia ellos todos los deberes y responsabilidades. Así la finalidad de este trabajo ha -- sido más que el de exponer los casos, el de evidenciar las características en las que se desarrolla con mayor frecuencia el maltrato al menor; describiendo las características del menor maltratado, del agresor y del medio ambiente propicio para el desarrollo de los sucesos y con ello el de facilitar al medio el realizar el diagnóstico oportuno y tratamiento inmediato, y con ello la prevención de los casos probables, teniendo en cuenta todos los factores expuestos en forma integral y concienzudamente, y además visto desde todos los puntos de vista, ya que ninguno de ellos es menos importante -- que el otro.

PREVENCIÓN.

ACCIONES MÚLTIPLES Y A DIFERENTES NIVELES.

1. Mayor concientización del problema y mayor conocimiento del mismo.
2. Educación de Padres y de Hijos para cuando estos lleguen a ser Padres.
3. Detección de Familias en riesgo.
4. Protección a Infantes. Aumentando el número de Instituciones como el DIF, Procuraduría de la Defensa del Menor e Instituciones Sociales de este tipo.

Para que lo anterior se lleve a cabo se sugiere:

No recluír al agresor sino rehabilitar, y para ello es necesario la creación de Escuelas Especiales en las que los Padres reciban ayuda psiquiátrica pero a la vez se manejen medidas de prevención en Padres con probabilidades de ser problema.

También Educación desde la edad infantil para así facilitar la -- formación de Familias bien organizadas y bien integradas. Para lo que se re quiere un trabajo conjunto.

Debemos escudriñar Normas de Conducta para ejercer la Paternidad. No imponiendo la cárcel sino sanciones adecuadas, y un tratamiento en Libertad o Semilibertad, como las de condena condicional.

Que al privar de la Patria Potestad a un Progenitor; se le priven los Derechos, pero no así los Deberes para con el menor. En esto se inclu -- yen Reformas Legislativas que sean realmente funcionales de acuerdo a la -- problemática en cuestión y que a su vez sean cumplidas con fidelidad.

SI UN NIÑO VIVE CON CRITICA
APRENDE A CONDENAR
SI UN NIÑO VIVE CON HOSTILIDAD
APRENDE A PELEAR
SI UN NIÑO VIVE CON RIDICULO
APRENDE A SER TIMIDO
SI UN NIÑO VIVE CON PENA
APRENDE A SENTIRSE CULPABLE
SI UN NIÑO VIVE CON ALIENTO
APRENDE A TENER CONFIANZA
SI UN NIÑO VIVE CON ALABANZA
APRENDE A APRECIAR
SI UN NIÑO VIVE CON JUSTICIA
APRENDE A TENER FE
SI UN NIÑO VIVE CON APROBACION
APRENDE A QUERERSE
SI UN NIÑO VIVE CON ACEPTACION
Y AMISTAD
APRENDE A ENCONTRAR AMOR
EN EL MUNDO

DOROTHY IAN NOLTE

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

1. Frenk, J.: Los Antiniños, Rev. Mundo Médico, 4:37,1976.
2. Barton D. S., Kempe, C.H.: El Niño Maltratado; Folia Traumatológica, Ciba Geigy de México; 1975.
3. Kempe, C.H., Silverman, F.N., Steele, B.F., Droegenmueller, Silver, - H.K., The Battered - Child Syndrome; J. Amer. Med. Ass, 181,17,1962.
4. Lissauer, T.: Urgencias Pediátricas, Ed. Manual Moderno, 1a. ed.; 235-49, 1984.
5. Lynch, M.A. and Robert, J., Child Abuse, Med. J.; 1:634, 1977.
6. Joyner, E.N.: Child Abuse: The role of physician and the Hospital, Pediatrics, Suppl., 51:779, 1973.
7. Marcovich, J.K., El Maltrato a los hijos: Ed. Edicol, México, 1978.
8. Nelson V. Mck.: Tratado de Pediatría, sexta ed., Ed. Salvat, Barcelona; 105-108; 1971.
9. Fontana, V.J.: The Maltreated Child. Ed. Charles C. T., Illinois, U.S.A.; 1971.
10. Fontana, V.J.: En Defensa del Niño Maltratado, Ed. Pax México, 1979.
11. Escobar, E., Carpio, O.: Accidentes y Violencias en Pediatría, Ed. Salvat, Barcelona; 441 - 457; 1981.
12. López, M. I., Escamilla, A.: El Síndrome del Niño Golpeado; Psiquiatría; 6:2:223-228; 1976.
13. Morse, C.: Shaler, O.: Friedman, S.: A three years follow up study of abused neglected children, Am. J. Dis. Child. 120: 439-46; 1970.
14. Bell G.: Parents who abuse their children, Am. psychiatric Ass., 18: 223 - 228, 1973.
15. Fontana, V.J.: The diagnosis of the maltreated syndrome in children. Pediatrics, Suppl. 51:780,1973.

16. Aranda T.E. y Casanovas V.M.: Síndrome del Niño Maltratado, revisión preliminar en un Hosp. Ped. Boliviano, Bol. Med. Hospital Infantil - de México. 36: 923 - 930, 1979.
17. Nixon, J. Pearn, J.: Non - accidental immersion in bath water: Another aspect of child abuse, Br. Med. J. , 271, 1977.
18. Pickel, S., Anderson, C., Holiday, M.A.: Thirsting and hypernatremic dehydration - a form of child abuse, Pediatrics, 45,54, 1970.
19. Mesa Redonda: Foncerrada M.M., Aguilar S. A., Kitsu Ogasawara M., - Peón V.H., Manzano S. C., Peña A. R., García M.V., El Niño Maltratado; Rev. Fac. Med. México, 23.3.1980.
20. Gordillo-Paniagua: El abuso sexual en los niños; Bol. Med. Hosp. Inf., 39,3, 1982.
21. Whitten, C.F.: Pettit, M.G., Fischhoff, J.; Evidence that growth failure from maternal deprivation is secondary to underfeeding, J. Amer. - med. Ass., 209,1675,1969.
22. Fischhoff, J., Whitten, G.P., Pettit M.G.; A psychiatric study of mother of infants with growth failure secondary to maternal deprivation; - J. Ped.; 79,209, 1971.
23. Sussman, S.J., Skin manifestations of the Battered child syndrome; J. Ped. 72,99, 1968.
24. Gillespie, R.W.: The Battered child syndrome; Thermal and caustic manifestations; J. Trauma, 5,523, 1965.
25. Mushin, A.S.; Ocular Damage in the battered - baby syndrome; Brit. med. J. 3,402, 1971.
26. Caffey, J.: On the theory and practice of shaking infants. Its potential residual effects of permanent brain damage and mental retardation, Amer. J. Dis. Child., 124, 162, 1972.
27. Touloukian, R.J. Skin manifestations of the battered child syndrome; J. Ped.; 72,99,1968.

28. Silverman, F.N. Radiologic aspects of the battered child syndrome, en - Helfer R.E. y Kempe, C.H., The battered child 1a. Ed., Chicago, University of Chicago Press, 1968.
29. Caffey, J.: Some traumatic lesions in growing bones other than fractures and dislocations: Clinical and Radiology features; Brit. J. Radiol., 30,225, 1957.
30. Kohler, E.E., Good, T.A.; The Infant who fails to thrive, Hosp. Pract. - 4 (7), 54, 1969.