

881039
Zamor



UNIVERSIDAD FRANCO MEXICANA, S. C.

INCORPORADA A LA
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

LA EDAD CLINICA Y SU ANALISIS JURIDICO Y MEDICO FORENSE

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
LICENCIADO EN DERECHO
P R E S E N T A:
ALMA L. LEDON ESPAÑA

ASESOR: DR. JAVIER GRANDINI GONZALEZ

NAUCALPAN EDO. DE MEX.

1989

FALLA DE ORIGEN



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

I
INDICE

INTRODUCCION.

PAG.
1.

CAPITULO PRIMERO.

SEMBLANZA GENERAL. CONTENIDO: 1. MARCO DE REFERENCIA.
2. ANTECEDENTES HISTORICOS. 3. CONSEJO TUTELAR PARA -
MENORES INFRACTORES DEL DISTRITO FEDERAL. 3.1. PROCE-
DIMIENTO. 3.2. ASPECTO TECNICO. 4. ASPECTOS MEDICO FO
RENSES DE LA EDAD CLINICA.

3.

CAPITULO SEGUNDO.

ANTECEDENTES ANTROPOLOGICOS. CONTENIDO: 1. CARACTERIS
TICAS GENERALES. 2. CARACTERES SOMATROMETRICOS. 2.1.-
ESTATURA TOTAL. 2.2. INDICE PONDERAL. 2.3. ESTATURA -
SENTADA. 2.4. INDICE ESQUELETICO. 2.5. INDICE TORAXI-
CO. 2.6. INDICE VITAL. 2.7. ANCHURA DE HOMBROS. 2.8.-
DIAMETRO BI_CRESTILIACO. 2.9. INDICE ACROMIO CRESTAL.
2.10. LONGITUD DEL MUSLO. 2.11. LONGITUD DE LA PIERNA
2.12. INDICE MEMBRAL INFERIOR. 2.13. LONGITUD DEL BRA
ZO. 2.14. LONGITUD DEL ANTEBRAZO. 2.15. INDICE MEM -
BRAL SUPERIOR. 2.16. DIAMETRO ANTERO_POSTERIOR DE LA
CABEZA. 2.17. DIAMETRO TRANSVERSO MAXIMO DE LA CABEZA
2.18. INDICE CEFALICO. 2.19. ALTURA DE LA CABEZA. -
2.20. INDICE VERTICO-LONGITUDINAL. 2.21. INDICE VERTI
CO TRANSVERSAL. 2.22. DIAMETRO FRONTAL MINIMO. 2.23.-
INDICE FRONTOPIRIETAL. 2.24. DIAMETRO BIZIGOMATICO. -
2.25. INDICE CEFALO-FACIAL. 2.26. INDICE YUGO FRONTAL
2.27. DIAMETRO BIGONIAL. 2.28. INDICE YUGO-MANDIBULAR
2.29. ALTURA FACIAL FISOGNOMICA. 2.30. INDICE FACIAL-
FISOGNOMICO. 2.31. ALTURA FACIAL MORFOLOGICA. 2.32. -

II

INDICE FACIAL MORFOLOGICO. 2.33. ALTURA FACIAL SUPERIOR. 2.34. INDICE FACIAL SUPERIOR. 2.35. ALTURA DE LA NARIZ. 2.36. ANCHURA DE LA NARIZ. 2.37. INDICE NASAL.

PAG.

15.

CAPITULO TERCERO.

ODONTOLOGIA. CONTENIDO: 1. ODONTOLOGIA FORENSE. 1.1. ELEMENTOS. 2. ERUPCION. FENOMENOS FISIOLÓGICOS. 2.1. ERUPCION ACTIVA. 2.2. ERUPCION PASIVA. 3. EPOCA DE LA ERUPCION CLINICA. 4. DIENTES SUPERIORES. 4.1. INCISIVO CENTRAL SUPERIOR. 4.2. INCISIVO LATERAL SUPERIOR. 4.3. CANINO SUPERIOR. 4.4. PRIMER MOLAR SUPERIOR. 4.5. SEGUNDO PREMOLAR SUPERIOR. 4.6. PRIMER MOLAR SUPERIOR. 4.7. SEGUNDO MOLAR SUPERIOR. 4.8. TERCER MOLAR SUPERIOR. 5. DIENTES INFERIORES. 5.1. INCISIVO CENTRAL SUPERIOR. 5.2. INCISIVO LATERAL INFERIOR. 5.3. CANINO INFERIOR. 5.4. PRIMER MOLAR INFERIOR. 5.5. SEGUNDO PREMOLAR INFERIOR. 5.6. PRIMER MOLAR INFERIOR. 5.7. SEGUNDO MOLAR INFERIOR. 5.8. TERCER MOLAR INFERIOR.

29.

CAPITULO CUARTO.

PEDIATRIA. CONTENIDO: 1. CRECIMIENTO Y MADURACION NORMALES. 2. METODOS DE MEDIDA. 3. MEDIDAS DE COMPOSICION CORPORAL. 4. MADURACION EN PUBERTAD. 5. DESARROLLO GENITAL DEL NIÑO. 6. DESARROLLO GENITAL DE LA NIÑA. 7. ANOMALIAS CROMOSOMICAS. 8. RETRASO DE ORIGEN NUTRICIONAL O METABOLICO. 9. AVANCES SECUNDARIOS EN ESTURA.

41.

CAPITULO QUINTO.

ENDOCRINOLOGIA. CONTENIDO: CLASIFICACION DE LAS GLANDULAS ENDOCRINAS Y SU EXPLORACION. 2. CONCEPTO DE GIGANTISMO HIPOFISARIO. 2.1. GIGANTISMO HIPOFISARIO. 3. HIPOTIROIDISMOS. CONCEPTO Y TIPOS. 3.1. CRETINISMO ES PORADICO. 3.2. HIPOTIROIDISMO JUVENIL. 3.3. MIXEDEMA DEL ADULTO. 4. RETARDO DEL CRECIMIENTO. 5. DESORDENES ENDOCRINOS EN EL DESARROLLO EN DIFERENTES ETAPAS DE LA VIDA. 6. INFLUENCIAS GENETICAS Y FACTORES ENDOCRINOS EN EL CRECIMIENTO.

67.

CAPITULO SEXTO.

PROCEDIMIENTOS PARA MENORES INFRACTORES. CONTENIDO: - 1. EL ESTADO Y LOS MENORES INFRACTORES. 2. LA EDAD Y SUS CONSECUENCIAS JURIDICAS. 3. CONSEJOS TUTELARES AUXILIARES. 4. PROCEDIMIENTO ANTE EL CONSEJO TUTELAR AUXILIAR. 5. RESOLUCIONES DEFINITIVAS Y RECURSOS. 6. - CONSIDERACIONES FINALES.

86.

CONCLUSIONES PERSONALES.

97.

BIBLIOGRAFIA.

100.

INTRODUCCION

La presente tesis está encaminada al estudio de la edad clínica en el adolescente. En la práctica diaria de la medicina legal, tanto para el especialista en esta disciplina, como para el juzgador, les representa diversos problemas el poder determinar la edad clínica de un individuo que haya cometido una conducta antisocial y refiere ser menor de dieciocho años (16 ó 17 años de edad es el problema en cuestión).

Esta evaluación médica se emite a petición del Ministerio Público, jueces calificadores y penalistas, con el objetivo de ubicar al infractor en el Consejo Tutelar para Menores Infractores ó se le aplica el Código Penal vigente en la Ciudad de México, para seguir su curso e ingresar a un Reclusorio.

El criterio médico legal aplicado a estos casos de edad clínica no está debidamente fundamentado a causa de la presión que ejercen algunos Ministerios Públicos que solicitan en forma rutinaria una versión de machote como la siguiente: "Mayor de 17 y menor de 19 años de edad", frase que resulta frágil desde el punto de vista médico legal y jurídico.

En el curso de la presente tesis, mencionaré aspectos importantes que resultan indispensables para realizar la evaluación de la edad clínica en la adolescencia, basando así en aspectos antropológicos, odontológicos, podiátricos y endocrinológicos.

El crecimiento y desarrollo en el ser humano es variable de acuerdo a la raza, alimentación y aspectos socioeconómicos del medio en que se desenvuelve.

Dentro del marco médico legal generalmente se incluyen el crecimiento y desarrollo embrionario, así como el fetal, ración naciuo, niñez y adolescencia, así como cambios biológicos en la edad adulta y senil.

El crecimiento y desarrollo en la adolescencia, para algunos autores significa un período que no está delimitado claramente y varía de acuerdo a criterios físicos, mentales, emocionales y socioculturales.

Por otra parte, la pubertad se puede resumir como la época en que se manifiesta la aptitud para la reproducción y que se encuentra comprendido entre los 12 y 14 años, en el que comienza la función de los órganos reproductores, - aunque hay excepciones en que dicha función se presenta en forma precoz.

CAPITULO PRIMERO

SEMBLANZA GENERAL

1. MARCO DE REFERENCIA.
2. ANTECEDENTES HISTORICOS.
3. CONSEJO TUTELAR PARA MENORES INFRACTORES DEL DISTRITO-FEDERAL.
 - 3.1 PROCEDIMIENTO.
 - 3.2 ASPECTO TECNICO.
4. ASPECTOS MEDICO FORENSES DE LA EDAD CLINICA.

CAPITULO PRIMERO
SEMBLANZA GENERAL

1. MARCO DE REFERENCIA.

CONSTITUCION POLITICA DE LOS ESTADOS UNIDOS MEXICANOS.
ARTICULO 18 PARRAFO CUARTO

"La Federación y los gobiernos de los Estados establecerán instituciones especiales para el tratamiento de menores infractores".

LEY QUE CREA LOS CONSEJOS TUTELARES PARA MENORES
INFRACTORES DEL DISTRITO FEDERAL

ARTICULO 1.

"El Consejo Tutelar para Menores Infractores tiene por objeto promover la readaptación social de los menores de dieciocho años en los casos a que se refiere el artículo siguiente mediante el estudio de la personalidad, la aplicación de medidas correctivas y de protección y la vigilancia del tratamiento".

ARTICULO 2.

"El Consejo Tutelar para Menores intervendrá en los términos de la presente ley, cuando los menores infrinjan las leyes penales ó los reglamentos de policía y buen gobierno, ó manifiesten otra forma de conducta que haga presumir, fundamentalmente, una inclinación a causar daño a sí mismos ó a sus familias, ó a la sociedad, y ameriten por lo tanto, la actuación preventiva del Consejo!"

CAPITULO V
ARTICULO 41.

"La observación tiene por objeto el conocimiento de la personalidad del menor mediante la realización de los estudios conducentes a tal fin, conforme a técnicas aplicables en cada caso. Siempre se practicarán estudios médico, psicológico, pedagógico y social, sin perjuicio de los demás que solicite el órgano competente."

ARTICULO 45.

"En los centros de observación se alojarán los menores bajo sistemas de clasificación, atendiendo a su sexo, edad, condiciones de personalidad, estado de salud y demás circunstancias pertinentes."

ARTICULO 46.

"El personal de los centros de observación practicará los estudios que le sean requeridos en la forma y en los lugares adecuados para tal efecto tomando conocimiento directo de las circunstancias en que se desarrolle la vida del menor en libertad."

CAPITULO X
ARTICULO 65.

"La edad del sujeto se establecerá de conformidad con lo previsto por el Código Civil para el Distrito Federal. De no ser esto posible, se acreditará por medio de dictámen médico rendido por los peritos de los centros de observación. En caso de duda, se presumirá la minoría de edad."

CODIGO CIVIL PARA EL DISTRITO FEDERAL
TITULO NOVENO CAPITULO I
ARTICULO 450 FRACCION I.

"Tienen incapacidad natural y legal los menores de edad."

TITULO DECIMO CAPITULO II
ARTICULO 646.

"La mayor edad comienza a los dieciocho años cumplidos."

2. ANTECEDENTES HISTORICOS.

Durante el período en que el C. Licenciado Luis Echeverría Alvarez cumplía con su cargo de Presidente de la República Mexicana, el H. Congreso de la Unión se sirvió dirigirle un decreto por medio del cual quedaba establecida la Ley que crea los Consejos Tutelares para Menores Infractores del Distrito Federal.

Anteriormente, dicha institución mantenía su ley y reglamentos como autónomos; pero a partir del decreto, dicha ley quedó incluida dentro del Código Penal para el Distrito Federal, contemplando así un apartado especial.

Dicho decreto fué expedido en cumplimiento de lo dispuesto por la fracción del artículo 89 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos para su debida publicación y observancia en la Residencia del Poder Ejecutivo Federal, en la Ciudad de México, Distrito Federal, a los veintiséis días del mes de diciembre de mil novecientos setenta y tres.

La ley entró en vigor a los treinta días de su publicación en el Diario Oficial y a partir de entonces quedan derogados los artículos 119 al 122 del Código Penal para el Distrito Federal en materia de fuero común y para todo de la República en materia de fuero federal, de 13 de agosto de 1934, sólo por lo que se refiere al Distrito y Territorios federales, la Ley Orgánica y normas de Procedimiento de los Tribunales de Menores y sus Instituciones Auxiliares en el Distrito y Territorios federales, de 22 de abril de 1941 y las demás disposiciones que se opusieran al presente ordenamiento. (Art. 1., Disposiciones transitorias, Ley que crea los Consejos Tutelares para Menores Infractores del Distrito Federal., Código Penal).

3. CONSEJO TUTELAR PARA MENORES INFRACTORES DEL DISTRITO FEDERAL.

Es la institución a la que ingresan individuos entre los 6 y los 18 años de edad, quienes son enviados a ésta por jueces calificadores ó a petición de sus padres. Son dos los motivos:

- a) Porque se involucran como presuntos autores de algún delito ó porque infraccionen el reglamento de policía y buen gobierno.
- b) Porque muestren alguna conducta que haga temer daño a sí mismos o a terceros.

3.1 PROCEDIMIENTO

Desde que el individuo ingresa a dicha institución, se le asigna un consejero que hace las veces de juez y cuyas funciones son:

- a) Determinar si el individuo es menor de edad ó no para poder así acreditar su competencia. De ser menor de 6 años se le envía al DIF, de ser mayor de 18 años se le envía a un Reclusorio.
- b) Determinar si efectivamente el individuo tuvo relación con la conducta ilícita de la cual se le acusa.

En caso de que cualquiera de los dos incisos anteriores resulte positivo, el consejero deberá determinar dentro del término de 48 horas:

- a) Libertad condicional sujeto a procedimiento, que puede ser internamiento, ó,
- b) Libertad bajo custodia de sus padres, de igual manera sujeto a procedimiento.

Posteriormente viene el desahogo de pruebas, el cual tiene como finalidad conocer en detalle y en plenitud su participación en la conducta ilícita, además de poder determinar los factores que le llevaron a realizarla.

3.2 ASPECTO TECNICO

Al ingresar el individuo a esta institución se le practican diversos estudios tales como son: médicos, sociales, pedagógicos, para poder determinar su personalidad y el porqué de su conducta ilícita.

Dichos estudios están sujetos a realizarse en un plazo no mayor de quince días, pero si por cualquier causa se retrasaran, se podrá pedir prórroga por igual término. Inmediatamente después deberá presentarse un proyecto de reso

lución dentro del término de diez días, y nunca mayor de es
te tiempo, para poder evitar así que se alargue el procedi-
miento y dar de algún modo seguridad al individuo.

El proyecto deberá ser entregado por el consejero -
que llevará el caso a una Sala, donde el caso será discuti-
do. Cada Sala está integrada por tres consejeros: un aboga-
do, un médico y un pedagogo. Una vez discutido el caso se -
decidirá:

- a) Si el individuo queda bajo el régimen de libertad
vigilada. Esto es que quede dentro de su grupo fa
miliar, siempre y cuando se garantice su cuidado-
y siempre bajo supervisión técnica del Consejo Tu
teler y poder así proporcionarle escolaridad, tra
bajo y todo lo que le sea necesario para su reha-
bilitación y readaptación social.
- b) Si el individuo quedará interno en escuelas de -
tratamiento con supervisión técnica.

En cualquiera de los dos casos, la Sala y el conseje
ro que esté llevando el caso, deberán hacer revisión del -
mismo cada tres meses, para que de ser posible y si así se-
amerita, suspender el procedimiento y quedar el individuo -
en libertad definitiva.

Desde que el consejero se hace cargo del caso parti-
cipe junto con él en el procedimiento el promotor, quien ha
ce las veces de abogado y cuya función principal es abonar-
al procedimiento todos los elementos necesarios del juicio-
para que el consejero resuelva favorablemente por el indivi-
duo.

Además supervisa que el funcionamiento en el procedi

miento se cumpla con todo de acuerdo a la ley y valora si - las medidas del consejero son las adecuadas.

El promotor sólo se inconformará sobre medidas que - afecten al individuo y nunca sobre aquéllas que le benefi - cian.

Los casos que se ventilan dentro del Consejo Tutelar - son de caracter estrictamente privado y sólo podrán interve - nir en cada caso el consejero, el promotor, los padres, pe - ro no abogados particulares ni terceros, ya que con esto se quiere preservar la condición social de los individuos.

Generalmente, la mayoría de edad se acredita con el - acta de nacimiento, pero en caso de no contar con ella, se - tomará como documento legal para determinación de la edad; - el certificado de edad clínica, expedido por médicos autori - zados, y por disposición del Código Civil para el Distri - to Federal, aunque no es un documento de valor absoluto.

4. ASPECTOS MEDICO FORENSES DE LA EDAD CLINICA.

Con cierta frecuencia, tanto el médico legista, como - el Ministerio Público, se enfrentan a problemas que sólo - van encaminados a un fin: determinar la edad clínica de un - individuo que ha infringido, y debe por ello permanecer en - el Consejo Tutelar para Menores Infractores si es que es - menor de 18 años, ó en un Reclusorio si es que es mayor de - dicha edad.

Es por esto que para que la ley pueda actuar al res - pecto, debe apoyarse en la Medicina Forense, para que por - medio de sus diversas ramas, se pueda conocer el crecimen - to y desarrollo del ser humano, y con esto, poder determi -

nar su edad clínica. Realizando un breve resumen, podemos mencionar que las especialidades de la Medicina Forense en que la ley se apoya son:

1. **Pediatría:** que marca cambios importantes en el individuo y de los que se derivan cambios en la personalidad, actitudes, y por supuesto, cambios en el comportamiento.
2. **Endocrinología:** para esta materia, el crecimiento y desarrollo del individuo se basan en factores genéticos, nutricionales y hormonales, y estos últimos influyen directamente por sistemas enzimáticos existentes en las células estimulándoles ó inhibiéndoles.
3. **Odontología:** aporta interesantes datos de crecimiento y desarrollo. Algunos Cirujanos Dentistas refieren que cambios odontológicos observados durante el crecimiento y desarrollo de los maxilares y de la mandíbula, como es la coloración ó desgaste, deben ser tomados en cuenta para determinar la edad clínica de un individuo, pero otros refieren que dichos cambios odontológicos serán por factores tales como la higiene dental ó alimentación.

Pero además de encontrar apoyo en la Medicina Forense, la ley se apoya también en estudios antropológicos, ya que aportan datos de importancia del crecimiento y desarrollo del ser humano.

Existen estudios de la población mexicana respecto al crecimiento que abarca hasta los trece años de edad, realizados por Johanna Faulhaber, y de los cuales hablaré más adelante.

CAPITULO SEGUNDO

ANTECEDENTES ANTROPOLOGICOS

1. CARACTERISTICAS GENERALES.

2. CARACTERES SOMATROMETRICOS.

CUERPO:

2.1 ESTATURA TOTAL.

2.2 INDICE PONDERAL.

2.3 ESTATURA SENTADA.

2.4 INDICE ESQUELETICO.

2.5 INDICE TORAXICO.

2.6 INDICE VITAL.

2.7 ANCHURA DE HOMBROS.

2.8 DIAMETRO BI-CRESTILIACO.

2.9 INDICE ACROMIO-CRESTAL.

2.10 LONGITUD DEL MUSLO.

2.11 LONGITUD DE LA PIERNA.

2.12 INDICE MEMBRAL INFERIOR.

2.13 LONGITUD DEL BRAZO.

2.14 LONGITUD DEL ANTEBRAZO,

2.15 INDICE MEMBRAL SUPERIOR.

CARA Y CABEZA:

2.16 DIAMETRO ANTERO-POSTERIOR DE LA CABEZA.

2.17 DIAMETRO TRANSVERSO MAXIMO DE LA CABEZA.

2.18 INDICE CEFALICO.

2.19 ALTURA DE LA CABEZA.

2.20 INDICE VERTICO-LONGITUDINAL.

2.21 INDICE VERTICO-TRANSVERSAL.

2.22 DIAMETRO FRONTAL MINIMO.

2.23 INDICE FRONTOPARIETAL.

2.24 DIAMETRO BIZIGOMATICO.

2.25 INDICE CEFALO-FACIAL.

2.26 INDICE YUGO-FRONTAL.

2.27 DIAMETRO BIGONIAL.

2.28 INDICE YUGO-MANDIBULAR.

2.29 ALTURA FACIAL FISOGNOMICA.

2.30 INDICE FACIAL FISOGNOMICO.

2.31 ALTURA FACIAL MORFOLOGICA.

2.32 INDICE FACIAL MORFOLOGICO.

2.33 ALTURA FACIAL SUPERIOR.

2.34 INDICE FACIAL SUPERIOR.

2.35 ALTURA DE LA NARIZ.

2.36 ANCHURA DE LA NARIZ.

2.37 INDICE NASAL.

CAPITULO SEGUNDO
ANTECEDENTES ANTROPOLOGICOS

1. CARACTERISTICAS GENERALES.

Las diferencias que existen entre los individuos dependen, en parte, de lo que heredan de sus padres y en parte, de las variaciones del medio ambiente en que viven: la herencia y el medio influyen recíprocamente unos sobre otros de manera completa, para dar como producto acabado al individuo adulto. (1)

Ni la herencia ni el medio separado pueden considerarse con propiedad, que ejerzan mayor influencia en crear la variación entre los individuos; pero por lo que respecta a la acción práctica sobre el medio, podemos decir que éste influye sobre la nutrición por ejemplo, ó sobre las condiciones de trabajo, en tanto que la herencia general tiene que ser simplemente aceptada por el hombre. (2)

Toda la población está constituida por individuos pertenecientes a diferentes etapas de desarrollo biológico, desde neonato hasta la persona en plena edad involutiva, es decir, presenta toda la gama de edades cronológicas. Si se intenta dar una descripción somático-física del conjunto de individuos que constituyen una población, el factor edad es de suma importancia, ya que los resultados que se obtengan en el análisis de los diversos caracteres estarán en función directa de la edad alcanzada por sujetos observados.

Son principalmente dos los criterios fundamentales mediante los cuales es posible acercarse al estudio de una población

(1) FAULHABER JOHANNA, ANTROPOLOGIA FISICA, ED. TRILLAS. PAG. 48.

(2) IBIDEM PAG. 49.

blación dada, siendo el primero el cronológico; cuya finalidad es determinar los cambios somáticos y funcionales que tienen lugar en el transcurso de la vida humana. Para este tipo de investigación es necesario establecer a base de series estadísticas significativas las características para cada uno de los años de vida, ó para cada una de las edades evolutivas, es decir, para la primera, segunda y tercera infancia, adolescencia, juventud, madurez y senilidad.

De acuerdo con el segundo criterio, se trata de establecer solamente las características de personas adultas, es decir, de aquéllas en las que el desarrollo biológico ha alcanzado su máxima expresión y aún no se ha iniciado la involución propia de la última fase de la vida. (3)

2. CARACTERES SOMATROMETRICOS.

CUERPO:

2.1 ESTATURA TOTAL

La talla total es una de las características somáticas que más se ha estudiado en los diversos grupos humanos, al igual que todos los caracteres somáticos, dependen esencialmente de dos factores:

- a) El plasma germinal y,
- b) El medio y las condiciones de vida.

Intimamente relacionados con las condiciones económico sociales que favorecen ó no el pleno desarrollo de las -

(3) FAULHABER JOHANNA, ANTROPOLOGIA FISICA, ED. TRILLAS, PAG. 51.

posibilidades genéticas inherentes a una población. De este modo se tiene por ejemplo, una talla más elevada entre las personas que pertenecen a las capas superiores de cualquier grupo, mientras que las de las clases menos privilegiadas, es menor. (4)

Ejemplo de esto, es el estado de Veracruz; donde se estudiaron por un lado, grupos campesinos, en su mayor parte indígenas, y por el otro, series principalmente de obreros de los centros urbanos y de los datos obtenidos se desprende que existe una diferencia aproximadamente de diez centímetros entre los grupos de mayor y menor estatura, tanto en los hombres como en las mujeres. El sexo masculino, por otra parte, excede de 11.3 a 14.6 cm. al femenino. (5)

2.2 INDICE PONDERAL

Dicho índice llamado de Levi, expresa la relación entre la persona y la estatura total de los individuos. Debido a que en el primero se trata de una magnitud de volumen y en la segunda de una lineal, se extrae la raíz cúbica del peso, para poder así relacionar las dos medidas entre sí.

La fórmula de este índice es la siguiente:

PESO EN KILOGRAMOS X 100 / ESTATURA TOTAL EN CM.

Es bien sabido que en el transcurso de la vida, los seres humanos no guardan relación constante entre el desarrollo longitudinal y ponderal, sino que éste está muy ligado a la edad, aún después de haber alcanzado la vida adulta.

(4) FAULHABER JOHANNA, ANTROPOLOGIA FISICA, ED. TRILLAS. PAG. 52.

(5) IBIDEM PAG. 53.

María Montessori, Antropóloga Pedagógica de Barcelona indica una estabilidad en el desarrollo ponderal en la mujer desde los 18 años y hasta los treinta, y solamente después de esta edad, un aumento considerable en las dos décadas siguientes.

2.3 ESTATURA SENTADA

Comprende la distancia entre la superficie en que se sienta el individuo bajo la observación y el punto más elevado de la cabeza.

2.4 INDICE ESQUELETICO

Propuesto por Giuffida Ruggeri, se expresa por la fórmula:

ESTATURA SENTADA X 100 / ESTATURA TOTAL.

Indica por lo tanto, la longitud proporcional entre las extremidades inferiores y el resto del cuerpo.

2.5 INDICE TORAXICO

La circunferencia del tórax tomada durante la pausa respiratoria a la altura de la cuarta articulación condro-esternal, tiene la ventaja de ser una medida que permite la comparación entre los dos sexos, ya que la modificación que causa el desarrollo de los senos en las mujeres es mínima.

Durante la medición, los individuos mantenían los brazos extendidos y ligeramente separados del tronco, para excluir así la influencia que el mayor desarrollo de la musculatura entre los hombres pudiera tener sobre ella. Tomada de este modo, el perímetro indica el desarrollo general del

tórax de ambos sexos.

2.6 INDICE VITAL

Se relaciona con el perímetro torácico, con la talla, de acuerdo con la fórmula:

PERIMETRO TORAXICO X 100 / ESTATURA TOTAL.

2.7 ANCHURA DE HOMBROS

Por medio del diámetro biacromial se expresa el desarrollo óseo de la cintura escapular.

2.8 DIAMETRO BI-CRESTILIACO

Expresa la mayor anchura alcanzada por la cintura ósea de la pelvis.

2.9 INDICE ACROMIO-CRESTAL

Su importancia principal reside en la relación que guarda en la anchura de los hombros, ya que en el sexo femenino, la pelvis es relativamente más ancha que éstos.

2.10 LONGITUD DEL MUSLO

Por medio del índice esquelético puede observarse, aunque de modo indirecto, el desarrollo longitudinal de las extremidades inferiores en relación con la estatura. Para indagar la posición y proporción que los dos segmentos más importantes de aquéllas guardan entre sí, también se estudian la longitud del muslo y de la pierna. La primera de estas medidas se refiere a la distancia entre los puntos proantérico y tibial, y se obtiene restando la altura que el

segundo presenta desde el piso de la del primero estando - el individuo de pie.

Como es de esperarse, se observa un claro predominio de una menor longitud del muslo entre aquéllos grupos donde se halla una menor estatura.

2.11 LONGITUD DE PIERNA

Se refiere a la distancia entre los puntos tibial y maleolar interno. También en este caso se refiere a la regla de las alturas que ambos puntos presentan desde el piso y se observan estos datos desde el punto de vista crítico y pueden apreciarse ciertas discordancias en relación con el índice esquelético.

2.12 INDICE MEMBRAL INFERIOR

En este índice se relacionan entre sí las dos últimas medidas discutidas según la fórmula:

$$\text{LONGITUD DE LA PIERNA} \times 100 / \text{LONGITUD DEL MUSLO.}$$

Este es otro de los índices de gran importancia para el establecimiento del grado de masculinidad o feminidad.

Un valor más elevado de este índice puede ser causado por un aumento en la longitud de la pierna ó por una disminución en la del muslo.

2.13 LONGITUD DEL BRAZO

Queda expresada por la distancia que separa el punto acromial del radial. Se obtiene restando la altura del segundo de la del primero.

2.14 LONGITUD DEL ANTEBRAZO

Distancia entre los puntos radial y estiloides.

2.15 INDICE MEMBRAL SUPERIOR

La relación entre la longitud del brazo y del antebrazo en este índice, es otra de las características de ma y er importancia desde el punto de vista de la diferenciación de los sexos.

Su fórmula:

LONGITUD DEL ANTEBRAZO X 100 / LONGITUD DEL BRAZO.

CARA Y CABEZA:

2.16 DIAMETRO ANTERO-POSTERIOR-DE LA CABEZA.

Esta medida expresa el desarrollo longitudinal de la cabeza en el plano sagital, entre los puntos glabellar y epistocráneo. (6)

2.17 DIAMETRO TRANSVERSO MAXIMO DE LA CABEZA

Expresa el desarrollo transversal de la cabeza sobre los parietales. (7)

2.18 INDICE CEFALICO

En este índice se relacionan entre sí la anchura y la longitud de la cabeza, siendo su fórmula:

(6) FAULHABER JOHANNA, ANTROPOLOGIA FISICA, ED. TRILLAS, PAG. 55

(7) IBIDEM PAG. 57.

DIAMETRO TRANSVERSO MAXIMO X 100 / DIAMETRO ANTERO -
POSTERIOR.

Se trata de uno de los caracteres más tradicionales - para la diferenciación de los grupos humanos.

2.19 ALTURA DE LA CABEZA

Esta medida comprende la distancia entre el punto más elevado del agujero auditivo externo y el punto más elevado de la cabeza. Se obtiene restando la altura auricular de la estatura total de los individuos medidos, teniéndose cuidado en el trabajo de campo, de que la primera fuere tomada e inmediatamente después de la segunda y evitando que la persona tuviere algún movimiento entre alguna y otra medida.

2.20 INDICE VERTICO-LONGITUDINAL

Se relacionan entre sí la altura y la longitud de la cabeza, de acuerdo con la fórmula:

$$\text{ALTURA DE LA CABEZA X 100 / DIAMETRO ANTERO-POSTERIOR DE LA CABEZA.}$$

2.21 INDICE VERTICO-TRANSVERSAL

En este caso, se trata de la relación entre la altura de la cabeza y la anchura máxima de la misma. (8)

Su fórmula es :

$$\text{ALTURA DE LA CABEZA X 100 / ANCHURA MAXIMA DE LA CABEZA.}$$

(8) FAULHABER JOHANNA, ANTROPOLOGIA FISICA, ED. TRILLAS. PAG. 58.

2.22 DIAMETRO FRONTAL MINIMO

Esta medida expresa el desarrollo transversal mínimo de la frente entre las dos crestas del frontal, que quedan por lo general, un poco por encima de la apófisis orbitaria externa de dicho hueso.

2.23 INDICE FRONTO-PARIETAL

Esta medida relaciona la anchura de la frente con la de la cabeza, de acuerdo con la fórmula:

DIAMETRO FRONTAL MINIMO X 100 / ANCHURA MAXIMA DE LA-CABEZA.

Por la naturaleza del índice, los valores más bajos - indicarían mayor estrechez de la frente en relación con la anchura con la cabeza y viceversa.(9)

2.24 DIAMETRO BIZIGOMATICO

Dicha medida expresa la anchura máxima de la cara sobre los arcos zigomáticos.

2.25 INDICE CEFALO FACIAL

Expresa numéricamente de acuerdo con la fórmula:

DIAMETRO BIZIGOMATICO X 100 / DIAMETRO TRANSVERSO MAXIMO DE LA CABEZA.

La relación entre las anchuras máximas de la cabeza y de la cara.

(9) FAULHABER JOHANNA, ANTROPOLOGIA FISICA, ED. TRILLAS. PAG. 60.

2.26 INDICE YUGO-FRONTAL

Para poder indagar cual es el comportamiento de la altura mínima de frente en relación con la cara, se calcula la la relación de acuerdo a la siguiente fórmula:

$$\text{DIAMETRO FRONTAL MINIMO X 100 / DIAMETRO BIZIGOMATICO.}$$

2.27 DIAMETRO BIAGONIAL

Expresa la distancia entre los dos puntos más salientes del ángulo formado por el borde inferior del cuerpo y el borde posterior de la rama ascendente de la mandíbula. Representa la anchura de la parte inferior de la cara. (10)

2.28 INDICE YUGO-MANDIBULAR

En este índice llamado también zigo-mandibular, la medida que se acaba de ver se relaciona con la anchura máxima de la cara, de acuerdo con la siguiente fórmula:

$$\text{DIAMETRO BIGONIAL X 100 / DIAMETRO BIZIGOMATICO.}$$

2.29 ALTURA FACIAL FISOGNOMICA

Comprende la distancia entre el punto medio de la inserción del cabello sobre la frente (crinion), y el inferior de la línea de la mandíbula (gnation), ambos sobre el plano sagital. Comprende por lo tanto, la altura de la cara y de la frente. (11)

(10) FAULHAER JOHANNA, ANTROPOLOGIA FISICA, ED. TRILLAS. PAG. 61

(11) IBIDEM PAG. 62.

2.30 INDICE FACIAL FISOGNOMICO

Para relacionar la altura de la cara con la anchura de la misma, se calcula el índice facial fisognómico de acuerdo con la fórmula:

$$\text{ALTURA CRINION-GNATION X 100 / DIAMETRO BIZIGOMATICO.}$$

Se trata del único índice en el cual se expresa una medida mayor en porcentaje de una menor, a lo cual se deben los valores superiores a cien. Sin embargo, se prefiere esta fórmula ya que permite establecer más fácilmente comparaciones con los demás índices faciales en que las alturas son las relacionadas también con la anchura de la cara, siendo aquí esta última de mayor magnitud.

2.31 ALTURA FACIAL MORFOLOGICA

Esta medida expresa la altura de la cara propiamente dicha, es decir, la distancia entre la unión de los huesos nasales, el frontal y el gnation. (12)

2.32 INDICE FACIAL MORFOLOGICO

Relación entre la altura morfológica de la cara y la anchura de la misma. La fórmula empleada para su obtención es la siguiente:

$$\text{ALTURA CRINION-GNATION X 100 / DIAMETRO BIZIGOMATICO.}$$

2.33 ALTURA FACIAL SUPERIOR

Comprende la distancia entre los puntos nación y pros-

(12) FAULHABER JOHANNA, ANTROPOLOGIA FISICA, ED. TRILLAS. PAG. 63.

ción, situado este último en el punto interior de la encía - entre los dos incisivos superiores.

2.34 INDICE FACIAL SUPERIOR

Es la relación entre la medida anterior y la anchura - máxima de la cara de acuerdo a la siguiente fórmula:

ALTURA NASION-PROSTION X 100 / DIAMETRO BIZIGOMATICO.

2.35 ALTURA DE LA NARIZ

Comprende la distancia entre los puntos nasión y sub-nasal, encontrándose este último sobre el plano sagital, en el ángulo formado por la base de la nariz y el labio superior.

2.36 ANCHURA DE LA NARIZ

Comprende la distancia máxima entre las dos alas nasales. (13)

2.37 INDICE NASAL

En éste se relacionan entre sí las últimas dos medidas estudiadas arriba mediante la fórmula:

ANCHURA DE LA NARIZ X 100 / ALTURA DE LA NARIZ.

CAPITULO TERCERO

ODONTOLOGIA

1. ODONTOLOGIA FORENSE.

1.1 ELEMENTOS.

2. ERUPCION.FENOMENOS FISIOLÓGICOS.

2.1 ERUPCION ACTIVA.

2.2 ERUPCION PASIVA.

3. EPOCA DE LA ERUPCION CLINICA.

4. DIENTES SUPERIORES.

4.1 INCISIVO CENTRAL SUPERIOR.

4.2 INCISIVO LATERAL SUPERIOR.

4.3 CANINO SUPERIOR.

4.4 PRIMER MOLAR SUPERIOR.

4.5 SEGUNDO PREMOLAR SUPERIOR.

4.6 PRIMER MOLAR SUPERIOR.

4.7 SEGUNDO MOLAR SUPERIOR.

4.8 TERCER MOLAR SUPERIOR.

5. DIENTES INFERIORES.

5.1 INCISIVO CENTRAL INFERIOR.

5.2 INCISIVO LATERAL INFERIOR.

5.3 CANINO INFERIOR.

5.4 PRIMER MOLAR INFERIOR.

5.5 SEGUNDO PREMOLAR INFERIOR.

5.6 PRIMER MOLAR INFERIOR.

5.7 SEGUNDO MOLAR INFERIOR.

5.8 TERCER MOLAR INFERIOR,

CAPITULO TERCERO
ODONTOLOGIA

1. ODONTOLOGIA FORENSE.

La odontología legal forma parte de la odontología en general, y, al mismo tiempo, es útil al auxiliar a la Medicina forense, y si bien se aparta de la terapéutica, logra a cambio el establecimiento de un lazo que une a la Odontología con el Derecho. (14)

En este orden de ideas tenemos que la Odontología Legal es una ciencia que no tiende a la curación de los padecimientos dentales y sus correspondientes problemas, sino valiéndose de recursos de carácter estrictamente científicos busca y logra una estrecha colaboración con el Derecho y así tenemos que mediante ella se puede lograr:

1. La determinación del sexo,
2. Raza,
3. Edad,
4. Traumatismos que en su caso presenten los restos humanos difíciles de identificar.

Su importancia se hace patente en la identificación de cadáveres que se encuentren deformados.

Para poder estar en condiciones de determinar el sexo ó la raza de los restos humanos objeto de identificación , -

(14) FAHREBAS Y ROZMAN, MEDICINA INTERNA, NOVENA EDICION, TOMO II
PAG. 630.

que son proporcionados al técnico, se habrá de recurrir a la anatomía dental comparada, mediante la cual el examinador está en posibilidad de señalar si tales restos corresponden a una persona de sexo masculino ó femenino, al igual que es posible en su caso, y atendiendo a determinantes fisiomorfológicos, estimar si corresponden a un sujeto de tal ó cual raza.

En cuanto a la determinación de la edad, se han establecido cuatro períodos:

1. Huesos de la vida intrauterina iniciada en la calcificación de incisivos a partir del quinto mes dentro del claustro materno, el canino y primer molar a los cinco meses, respectivamente.
2. Etapa de la primera dentición, caracterizada por inicio de erupción a los seis meses de nacido y la primer raíz completa en esta etapa es la de los incisivos a la edad promedio de dieciocho meses, que termina a los treinta y seis meses, con la raíz completa del segundo molar temporal.
3. Período que constituye la etapa de la segunda dentición y etapa de calcificación de los incisivos desde los cuatro meses de nacido, haciendo erupción a los siete años y terminando por lo general, a los diez años. En cuanto a la calcificación de los caninos, inicia a los cinco meses, erupciona a los dos años y concluye a los catorce años de edad. Los premolares comienzan a calcificar entre los diez y catorce años. Los terceros molares calcifican entre los dieciocho y veinticinco años. Aquí cabe señalar que la Odontología no sólo auxilia a la Medicina Forense tratándose de delitos de homicidio ó -

lesiones, sino también en delitos de estupro ó violación, - en los que la determinación de la edad es de vital repercusión legal. (15)

4. Comprende de los veinticinco años de edad hasta el descenso de la persona. En esta etapa la edad será calculada por la calcificación y desgaste.

Otra de las formas para determinar la edad, se aprecia de la siguiente manera:

1.1 ELEMENTOS

Abración,

Dentina secundaria intracameral,

Pericementosis,

Sobrecargas de cemento radicular,

Reabsorción de la raíz,

Deformación del maxilar inferior,

Desaparición de alveolos,

Aproximación de agujero mentoneano al reborde alveolar

Regresión de ramas ascendentes,

Suturas crancanas,

(15) FARRERAS Y ROZMAN, MEDICINA INTERNA, NOVENA EDICION, TOMO II
PAG. 653.

Y en general, todo el desarrollo eruptivo y de formación de folículos dentarios para determinar la edad.

Otro auxiliar es la PUGOSCOPIA, basada fundamentalmente en formas, arrugas, depresiones y crestas existentes en la bóveda palatina.

Como medio de identificación, debería instituirse en el ámbito nacional. Haciendo un banco microfilmado de cada individuo ya que la fórmula dentaria varía si hay algún nuevo arreglo ó curación.

2. ERUPCION.FENOMENOS FISIOLOGICOS.

La palabra erupción es un término aplicado al movimiento de un diente desde los tejidos que lo rodean hasta la cavidad bucal. La fase del movimiento vertical del diente recibe el nombre de erupción preclínica y el movimiento vertical del diente en la cavidad bucal recibe el nombre de erupción clínica.

2.1 ERUPCION ACTIVA

Migración vertical en la fase clínica. No cesa cuando se hace contacto oclusal con el antagonista. Intervienen dos factores:

- a) Crecimiento, aumenta la longitud de la rama mandibular descendiendo de la base del cráneo y plano oclusal.
- b) Longitud relativa de las raíces, explican las diferencias en el tiempo de iniciación y localización del sitio particular del desarrollo del diente.

Aproximadamente a los cinco años de edad todavía funcionan los dientes anteriores temporales, si se retarda el crecimiento del lateral del maxilar, se alterará la sincronización del crecimiento y los incisivos laterales superiores permanentes tendrán que brotar necesariamente en dirección lingual.

Existe importante relación entre el sitio de desarrollo así como de crecimiento y tiempo de iniciación de un diente.

Una deficiencia en la pituitaria afecta directamente la migración, ya que retarda el crecimiento del esqueleto, lo que afecta a los huesos maxilares y se restringe la erupción por falta de espacio.

2.2 ERUPCION PASIVA

Atrofia de tejidos que rodean el diente. Denota aumento de longitud de la corona clínica por reseso de tejidos. No es un verdadero proceso de erupción y no se considera proceso fisiológico.

3. EPOCA DE LA ERUPCION CLINICA.

La variación en la iniciación del desarrollo de un diente se traduce en variación de la época de erupción clínica. El retardo en crecimiento del hueso también causa variación en la erupción clínica.

No puede tenerse confianza en los promedios estadísticos; una de las principales razones es que los investigadores no distinguen entre la fase de iniciación y la fase adelantada de la erupción clínica. Los promedios estadísticos no dan una imagen fiel de las variaciones de la erupción clínica.

4. DIENTES SUPERIORES.

4.1 INCISIVO CENTRAL SUPERIOR

Formación de dentina y esmalte	de 3 a 4 meses
Calcificación	de 3 a 4 años
Erupción	de 7 a 8 años
Raíz	10 años

4.2 INCISIVO LATERAL SUPERIOR

Formación de dentina y esmalte	1 año
Calcificación	de 4 a 5 años
Erupción	de 8 a 9 años
Raíz	11 años

4.3 CANINO SUPERIOR

Formación de dentina y esmalte	de 4 a 5 meses
Calcificación	de 6 a 7 años
Erupción	de 11 a 12 años
Raíz	de 13 a 15 años

4.4 PRIMER MOLAR SUPERIOR

Formación de dentina y esmalte	de 8 a 9 meses
Calcificación	de 5 a 6 años
Erupción	de 10 a 11 años
Raíz	de 12 a 13 años

4.5 SEGUNDO PREMOLAR SUPERIOR

Formación de dentina y esmalte	de 2 a 3 años
Calcificación	de 6 a 7 años
Erupción	de 10 a 12 años
Raíz	de 12 a 14 años

4.6 PRIMER MOLAR SUPERIOR

Formación de dentina y esmalte	Al nacer
Calcificación	de 2 a 3 años
Erupción	de 6 a 7 años
Raíz	de 9 a 13 años

4.7 SEGUNDO MOLAR SUPERIOR

Formación de dentina y esmalte	de 2 a 3 años
Calcificación	de 7 a 8 años
Erupción	de 14 a 16 años
Raíz	" "

4.8 TERCER MOLAR SUPERIOR

Formación de dentina y esmalte	de 7 a 9 años
Calcificación	de 12 a 16 años
Erupción	de 17 a 30 años
Raíz	de 18 a 25 años

5. DIENTES INFERIORES.

5.1 INCISIVO CENTRAL INFERIOR

Formación de dentina y esmalte	de 3 a 4 meses
Calcificación	de 4 a 5 años
Erupción	de 6 a 7 años
Raíz	9 años

5.2 INCISIVO LATERAL INFERIOR

Formación de dentina y esmalte	de 3 a 4 meses
Calcificación	de 4 a 5 años
Erupción	de 7 a 8 años
Raíz	10 años

5.3 CANINO INFERIOR

Formación de dentina y esmalte	de 4 a 5 meses
Calcificación	de 6 a 7 años
Erupción	de 10 a 11 años
Raíz	de 12 a 14 años

5.4 PRIMER MOLAR INFERIOR

Formación de dentina y esmalte	de 1 a 2 años
Calcificación	de 5 a 6 años
Erupción	de 10 a 12 años
Raíz	de 12 a 15 años

5.5 SEGUNDO PREMOLAR INFERIOR

Formación de dentina y esmalte	de 2 a 3 años
Calcificación	de 6 a 7 años
Erupción	de 11 a 12 años
Raíz	de 13 a 14 años

5.6 PRIMER MOLAR INFERIOR

Formación de dentina y esmalte	Al nacer
Calcificación	de 2 a 3 años
Erupción	de 6 a 7 años
Raíz	de 9 a 10 años

5.7 SEGUNDO MOLAR INFERIOR

Formación de dentina y esmalte	de 1 a 3 años
Calcificación	de 7 a 8 años
Erupción	de 12 a 13 años
Raíz	de 14 a 15 años

5.8 TERCER MOLAR INFERIOR

Formación de dentina y esmalte	de 8 a 10 años
Calcificación	de 12 a 16 años
Erupción	de 17 a 30 años
Raíz	de 18 a 25 años

CAPITULO CUARTO

PEDIATRIA

1. CRECIMIENTO Y MADURACION FORMALES.
2. METODOS DE MEDIDA.
3. MEDIDAS DE COMPOSICION CORPORAL.
4. MADURACION EN PUBERTAD.
5. DESARROLLO GENITAL DEL NIÑO.
6. DESARROLLO GENITAL DE LA NIÑA.
7. ANOMALIAS CROMOSOMICAS.
8. RETRASO DE ORIGEN NUTRICIONAL O METABOLICO.
9. AVANCES SECUNDARIOS EN ESTATURA.

41
CAPITULO CUARTO
PEDIATRIA

1. CRECIMIENTO Y MADURACION NORMALES.

Se puede describir el desarrollo físico del niño como el proceso que comienza con el huevo fecundado y termina cuando el hombre ha alcanzado su máximo desarrollo.

El primer proceso es cuantitativo, manifestado por las modificaciones de valores de dimensiones corporales.

El crecimiento es un proceso mensurable que varía - de un sujeto a otro.

El segundo proceso es cualitativo, tratándose de la maduración. Se pone de manifiesto por modificación de estructuras, del funcionamiento de células y tejidos, de órganos ó del cuerpo en conjunto.

2. METODOS DE MEDIDA.

Basados en elección de los indicadores más apropiados, como peso y altura y sobre referencias. (16)

Para la práctica clínica, las medidas necesarias no deben ser complicadas, pero sí fidedignas, fáciles de recoger. Las referencias deben ser expresadas sencillamente - para juzgar con rapidez el adelanto ó retraso sobre el parámetro normal. Si la exactitud es necesaria, debe ser atendida en el sentido médico y humano, es decir, aplicada a las investigaciones sin precipitación y fácilmente realizables.

(16) PRAXIS MEDICA, TOMO IX, PAG. 700, EDICIONES CASTILLA.

3. MEDIDAS DE COMPOSICION CORPORAL.

- a) El peso; debe ser practicada en cada consulta y debiendose comprobar todos los datos globales. - El niño ha de ser pesado desnudo. Las variaciones son rápidas e importantes. Se trata de un parámetro que refleja el estado de salud actual - del niño, contrariamente a la altura que resulta de toda la historia del crecimiento. (17)
- b) El pliegue cutáneo; medida fundamental en la encuesta de nutrición. (18)
- c) Numerosas determinaciones biológicas; estimar la composición del cuerpo en las diferentes edades - siendo tan importante como las anteriores.

4. MADURACION EN PUBERTAD.

La evolución en la pubertad se caracteriza por las modificaciones del crecimiento en altura, diámetros, relaciones de segmentos superiores e inferiores, en morfología en general y de la cara en particular.

La aparición de los caracteres sexuales secundarios constituyen un buen indicador de la maduración.

5. DESARROLLO GENITAL DEL NIÑO.

Preadolescencia; los testículos, el escroto y el pa

(17) PRAXIS MEDICA, TOMO IX, PAG. 704, ERICIONES CASTILLA.

(18) IPIPEK.

no son casi del mismo tamaño que en la infancia. En una segunda fase, hay aumento del pene en longitud y testículos y escroto siguen creciendo. En una tercera fase, hay ensanchamiento del pene y desarrollo del glande, coloración de la piel, más oscura. En la última fase los órganos se asemejan al adulto. (19)

6. DESARROLLO GENITAL DE LA NIÑA.

Preadolescencia; sólo existe un saliente de la papila. En una segunda fase, hay brote mamario y el seno se eleva. En una tercera fase, proyección hacia adelante de la aréola. En la última fase, la madurez, sólo la papila sobresale, la aréola se confunde con el contorno general del seno.

7. ANOMALIAS CROMOSÓMICAS.

La trisomía 21 y la mayoría de las anomalías de los autosomas, sean trisomías, monosomías ó amputaciones, se acompañan de un retraso de la estatura. (20)

En la mayoría de los casos, es sólo uno de los elementos de un síndrome malformativo complejo y típico que justifica el estudio del cariotipo.

Existen también síndromes de tipo turneriano en sujetos que poseen un cromosoma Y con disgenesia testicular constante, malformaciones análogas y retraso en estatura.

(19) PRAXIS MEDICA, TOMO IX, PAG. 720, EDICIONES CASTILLA.

(20) IBDPM.

Existe al nacer un retraso moderado del crecimiento muy significativo que se acentúa progresivamente.

A los 11 años la talla media es de 123.7cm. y el retraso de la edad ósea permanece en los límites de la edad en estatura.

Pese a la soldadura tardía de los cartílagos de con jun ción, la talla definitiva será de 132 a 152 cm. con una influencia discreta de la talla de los padres.

Según algunos autores, la talla puede ser más alta en los casos de mosaico. (21)

La explicación del retraso está poco clara.

La talla pequeña de los turnerianos no puede vincularse a su disgenesia ovárica, pues existen agenesias gonadales congénitas con talla normal e incluso excesiva.

En estos sujetos la edad ósea comprende entre la edad real y la de la estatura. (22)

En el niño mayor, el retraso en estatura puede ser el único signo revelador. (23)

Las enfermedades metabólicas hereditarias se acompañan de retraso en estatura. La resuadación del crecimiento es muestra indiscutible de la eficacia de determinado tratamiento. (24)

(21) PRAXIS MEDICA, TOMO IX, PAG. 723, EDICIONES CASTILLA.

(22) IBIDEM. PAG. 724.

(23) IBIDEM. PAG. 727.

(24) IBIDEM. PAG. 72E.

Existe al nacer un retraso moderado del crecimiento muy significativo que se acentúa progresivamente.

A los 11 años la talla media es de 123.7cm. y el retraso de la edad ósea permanece en los límites de la edad en estatura.

Pese a la soldadura tardía de los cartílagos de con unción, la talla definitiva será de 132 a 152 cm. con una influencia discreta de la talla de los padres.

Según algunos autores, la talla puede ser más alta en los casos de mosaico. (21)

La explicación del retraso está poco clara.

La talla pequeña de los turnerianos no puede vincularse a su disgenesia ovárica, pues existen agenesias gonadales congénitas con talla normal e incluso excesiva.

En estos sujetos la edad ósea comprende entre la edad real y la de la estatura. (22)

En el niño mayor, el retraso en estatura puede ser el único signo revelador. (23)

Las enfermedades metabólicas hereditarias se acompañan de retraso en estatura. La resandación del crecimiento es muestra indiscutible de la eficacia de determinado tratamiento. (24)

(21) PRAXIS MEDICA, TOMO IX, PAG. 723, EDICIONES CASTILLA.

(22) IBIDEM, PAG. 724.

(23) IBIDEM, PAG. 727.

(24) IBIDEM, PAG. 728.



GRAFICA 1.



Fig. 1.— Síndrome de Turner (46 XX, 45 XO)
en mosaico. No hay dismorfia.
Talla: 115 cm (— 4 a.). C. I.: 67.

GRAFICA 2.



Fig. 2.—Intolerancia al gluten.
Edad: 3 años. Peso: — 3 g. Talla: normal.

GRAFICA 3.

8. RETRASO DE ORIGEN NUTRICIONAL O METABOLICO.

Para que se efectúe normalmente el crecimiento - exige una nutrición y unos metabolismos intermediarios - normales. Cualquier anomalía de aporte, absorción ó utili zación ó cualquier pérdida excesiva de un alimento necesario puede acompañarse de un crecimiento lento.

La observación en ruptura de la "gráfica" de estatu ra y peso simultánea al comienzo de la enfermedad, demue^{str}tra repercusión en el crecimiento. (25)

La curación producirá la reanudación de una "gráfi ca normal". (26)

Las carencias del aporte alimenticio y las malnutri ciones son, en escala mundial, las principales causas de insuficiencia y peso. La repercusión de las carencias en proteínas es tanto mayor cuanto más jóvenes son los suje tos y la reducción del índice de multiplicación celular - puede incluso alcanzar al tejido cerebral, y la recupera ción de la estatura es insuficiente si la carencia proteí nica se prolonga varios meses. (27)

En estos sujetos la edad ósea es comprendida entre la edad real y la edad en estatura. (28)

La diarrea crónica, en particular las debidas a una intolerancia de Gluten, repercuten rapidamente en el cre cimiento ponderal en primer lugar y después en la estatu

(25)PRAXIS MEDICA, TOMO IX, PAG. 733, EDICIONES CASTILLA.

(26)IBIDEM. PAG. 734.

(27)IBIDEM. PAG. 734.

(28)IBIDEM. PAG. 734.

ra. En el niño mayor, el retraso de la estatura puede ser el único signo revelador.

Las enfermedades metabólicas hereditarias se acompañan en general por retraso de la estatura. La reanudación del crecimiento es muestra indiscutible de la eficacia de determinada curación.(29)

9. AVANCES SECUNDARIOS EN ESTATURA.

Hipertiroidismos.- Estos rara vez (el 10% antes de los 6 años), se manifiesta en general, al comienzo de la adolescencia (el 60% entre los 10 y los 16 años), y es - seis veces más frecuente en niñas. (30)

El avance en estatura comprende fundamentalmente - los miembros y se acompaña en general de adelgazamiento.

Existe siempre avance en maduración ósea.

Otros signos clínicos orientan fácilmente al diagnóstico:

- a) Bocio prácticamente constante,
- b) Taquicardias ,
- c) Temblor.

La talla definitiva no rebasará la normal, con - excepcionales complicaciones cardiacas; pero las perturba

(29)PRAXIS MEDICA,TOMO IX,PAG.736,EDICIONES CASTILLA.

(30)IBIDEM.PAG.736.

cicres del comportamiento exigen aplicación de un tratamiento con antitiroideos de síntesis, que debe continuar 2 años como término medio.

Ya sean de origen alto ó bajo, algunos hipogonadismos conducen a una talla definitiva superior a la normal.

Estos excesos en estatura, debidos a la falta de soldadura en cartílagos de conjunción por influencia de hormonas genitales sólo se manifiestan en el segundo decenio. (31)

El hipogonadismo puede ser la consecuencia de una concentración traumática ó quirúrgica ó de una disgenesia gonadal de tipo XXY ó síndrome de Klinefelter. (32)

Desde el punto de vista clínico, se presentan caracteres sexuales disociados:

- a) Pilosidad triangular,
- b) Testículos pequeños,

Desde el punto de vista radiológico, la maduración epifisaria es normal, pero los cartílagos de conjunción permanecen aensibles durante esta adolescencia prolongada.

En el caso del síndrome de Klinefelter, este cuadro será completado por microcefalia y retraso mental.

Esta misma disgenesia gonadal conduce en el síndrome

(31) PRAXIS MEDICA, TOMO IX, PAG. 736, EDICIONES CASTILLA.

(32) IBIDEM. PAG. 737.

me de Turner a una insuficiencia en estatura, cuyo origen genético es probable, pero cuyo mecanismo es desconocido.

Hiperandrogenias del niño.- Desde el punto de vista clínico, se manifiesta por aceleración insólita del crecimiento en estatura y con desarrollo exagerado de músculos y con el tiempo aparecen caracteres sexuales secundarios.

1. En el niño hipertrofia del pene,
2. En la niña ambigüedad sexual al nacer.

Hiperestrogenias en la niña.- Pueden manifestarse también por una macrogenitosomía precoz con:

1. Avance en estatura y peso y maduración ósea, hipertrofia mamaria y pilosidad pubiana.
2. Modificación de los órganos genitales externos - de tipo puberal, extrogenización de la mucosa uterina y aumento de volúmen del cuerpo uterino.

Esta seudopubertad puede ser acompañada de pequeñas hemorragias genitales irregulares.

Debe pensarse en el caso de un sujeto que presenta antes del octavo año en la niña y en el noveno año en el niño:

- a) Una repentina aceleración de crecimiento en estatura y peso.
- b) Una maduración ósea, que rebasa a veces la edad en estatura.

- c) Caracteres sexuales secundarios progresivamente evidentes y completos.
- d) Caracteres sexuales primarios que evolucionan -- paralelamente:

Aumento de volúmen en testículos, presencia de útero y ovarios de tipo adulto y primeras menstruaciones.

Las pubertades precoces son más frecuentes en niñas (72.8%) que en niños (27.2). (33)

La distribución en las formas primitivas y secundarias con arreglo al sexo, es muy desigual: en la pubertad idiopática hay un 81.3% de niñas y en las pubertades secundarias un 62.3% de niños.

Ante la menor duda, en particular en el niño, se impone una exploración neurológica.

La evolución de estas pubertades precoces varían con la patogenia. (34)

Entre las pubertades prematuras idiopáticas, algunas son transitorias y pueden desaparecer espontáneamente ó tras la ablación de un quiste folicular.

Existe un avance en estatura aparentemente primitivo que recibe el nombre de "Enfermedad de Marfan":

Enfermedad hereditaria dominante de variadas mani -

(33) PRAXIS MEDICA, TOMO IX, PAG. 740, EDICIONES CASTILLA.

(34) IBIDEM. PAG. 740.

festaciones, se presenta en el nacimiento, se descubre a menudo en la segunda infancia ó durante la adolescencia.

La talla definitiva es inconstantemente superior a la normal y el pronóstico depende de la intensidad de lesiones cardiovasculares.

Otro avance en estatura puede ser de tipo esencial ó constitucional y esto se refiere a avances armoniosos - con velocidad de crecimiento normal, pueden ser congénitos y se sitúan en un marco familiar en general significativo.

En otros casos, el avance en estatura importante en los primeros años, disminuye después y lleva a una talla definitiva normal. En todos estos casos el crecimiento es armonioso y la edad ósea corresponde en general a la cronológica. (35)

No obstante, existen algunos individuos normales - que presentan avance conjunto de las edades óseas y en estatura de 3 ó 4 años, y en los que todas las exploraciones siguen siendo normales.

En definitiva, el único problema planteado por estos avances esenciales en estatura, es el de los adolescentes de 9 a 14 años en familias en las que existen sujetos de estatura elevada y cuya talla, según tablas de Bayley, sería de alrededor de 1.75 a 1.80 m.

Si los caracteres sexuales secundarios faltan ó son incompletos y la osificación está sin terminar, y si ade-

más este avance en estatura representa un importante problema , la intervención del terapeuta puede plantearse - con prudencia.

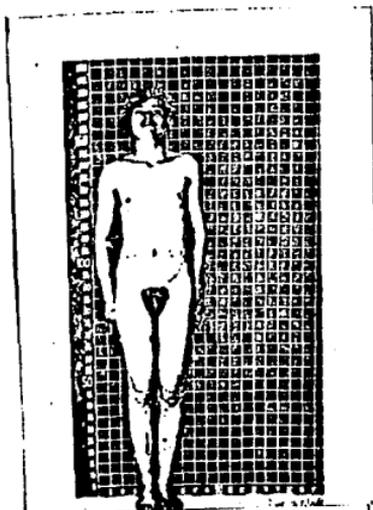
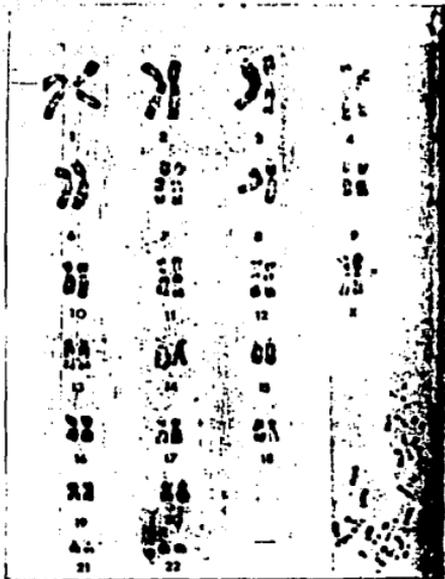


Fig. 7.—Síndrome de Klinefelter (47 XXY).
Edad: 17 años. Testículo infantil. Ginecomastia.

GRAFICA 4. :



EL PRESENTE CUADRO REPRESENTA EL SINDROME DE KLINEFELTER,
DESCRITO EN PAGINAS ANTERIORES.



Fig. 8.—Hipertrófico con osteomas y bocio moderado.
Edad: 6 años. Talla: 118 cm (1' 6" pl). Peso: 16 kg (35 lb.).
Curación después de dos años de tratamiento.

GRAFICA 5.

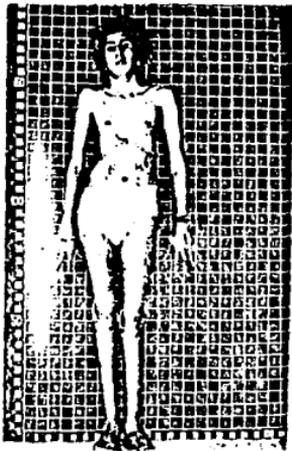


Fig 8.—Enfermedad de Marfan con aracnodactilia, distrofia torácica y displasia aórtica. Sujeto de 16 años.

GRAFICA 6.

Edad cronológica u ósea	Varones		Hembras	
	Media	Desviación típica	Media	D. T.
3 meses	33.9	1.0	36.0	1.3
6 —	37.7	0.9	39.8	1.2
9 —	40.1	1.1	42.2	1.2
12 —	42.2	1.0	44.9	1.4
18 —	45.6	1.3	48.8	1.4
24 —	48.6	1.4	52.2	1.3
30 —	51.1	1.4	54.8	1.2
36 —	53.5	1.3	57.2	1.2
4 años	57.7	1.4	61.8	1.5
5 —	61.6	1.5	66.2	1.5
6 —	65.3	1.5	70.3	1.6
7 —	69.1	1.6	74.3	1.6
8 —	72.4	1.7	77.6	1.9
9 —	75.6	1.7	81.2	2.0
10 —	78.4	1.8	84.8	2.4
11 —	81.3	1.9	88.7	2.9
12 —	84.0	2.2	92.6	3.3
13 —	87.3	3.0	96.0	2.2
14 —	91.0	4.0	98.1	1.2
15 —	94.6	3.7	99.3	0.7
16 —	97.1	2.7	99.6	0.4
17 —	98.8	1.4	99.9	0.3
18 —	99.6	0.6	100.0	0.1

Cuadro X.—Porcentaje de la talla definitiva correspondiente a cada edad cronológica o a cada edad ósea si ésta es distinta (según Bailey y Pinneau)

CUADRO QUE REPRESENTA TALLAS DEFINITIVAS SEGUN LA EDAD Y
ESTA PUEDE SER OSEA O CRONOLOGICA.

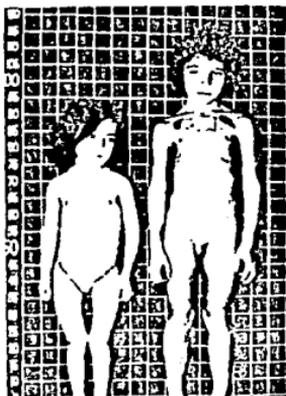
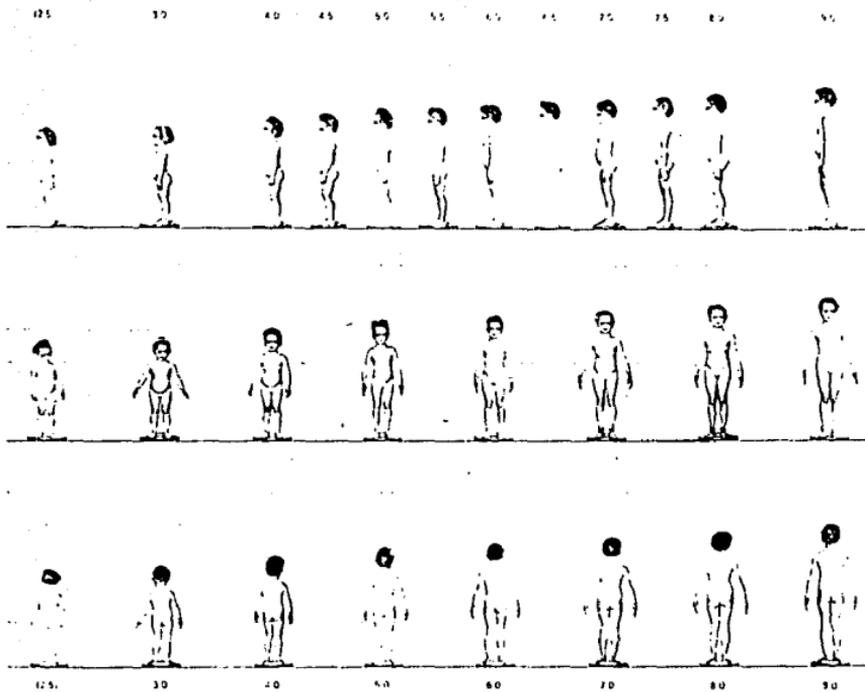


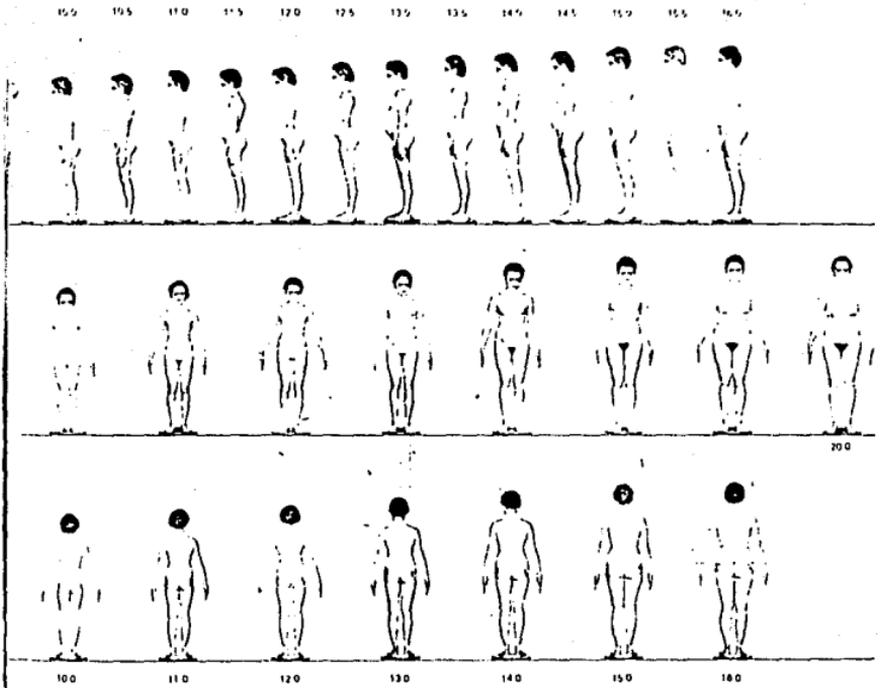
Fig. 5.—Enanismo esencial.
Edad: 6 1/2 años. Talla: 95 cm (—4 σ). Peso:
14 kg (—2 σ). Edad ósea: normal.

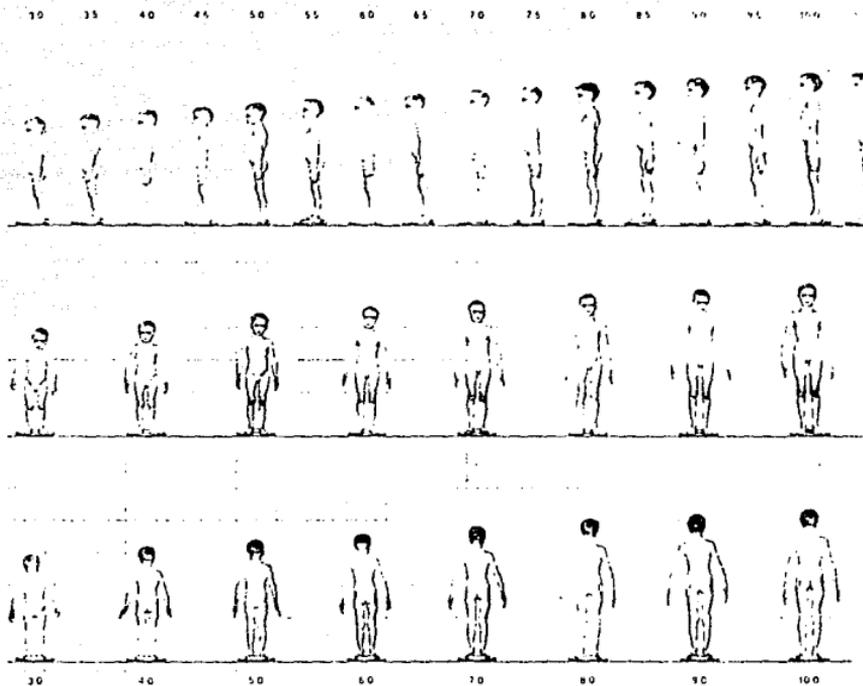
GRAFICA 7.



EL PRESENTE CUADRO REPRESENTA A UNA NIÑA NORMAL, VISTA DE
 FRENTE Y DE LADO, ASI COMO POR LA PARTE POSTERIOR, AÑO A-
 AÑO HASTA LLEGAR A LOS 20.

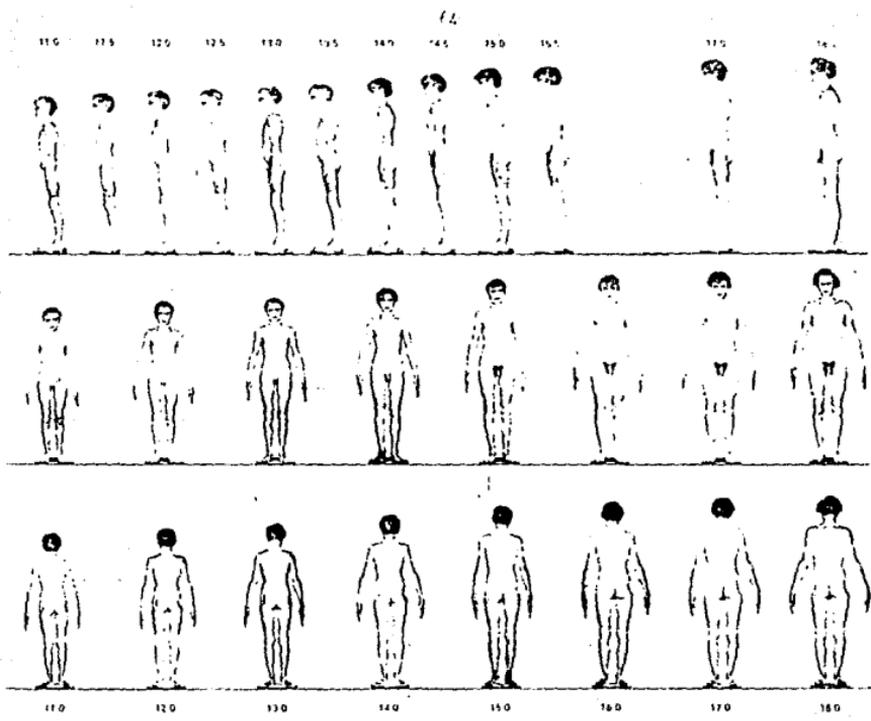
(1)

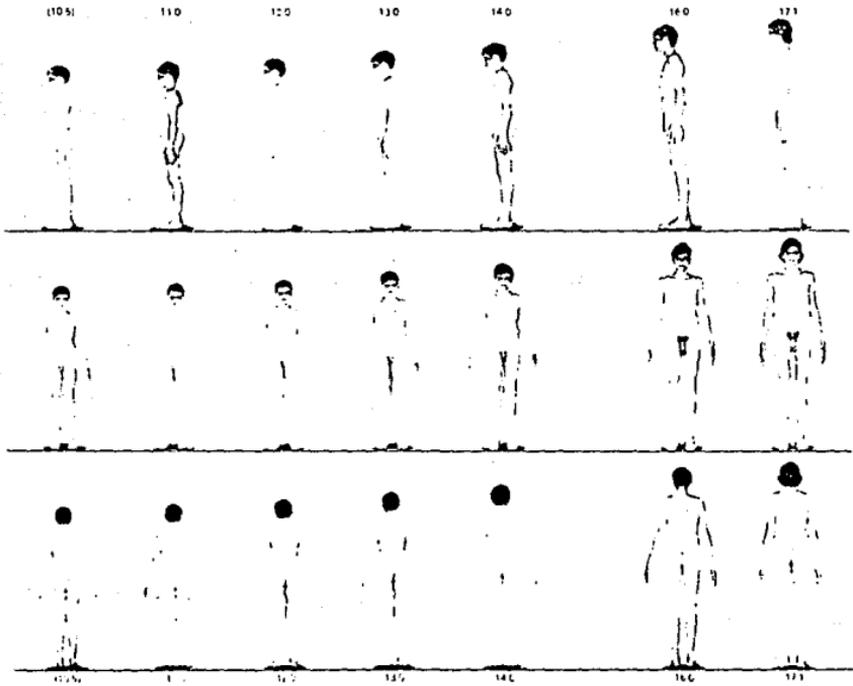




EL PRESENTE CUADRO REPRESENTA A UN NIÑO NORMAL, VISTA DE-FRENTE Y DE LADO, ASI COMO POR LA PARTE POSTERIOR. AÑO A-AGO HASTA LLEGAR A LOS 18.

(1)





EL PRESENTE CUADRO REPRESENTA EL SINDROME XYY.

CAPITULO QUINTO

ENDOCRINOLOGIA

1. CLASIFICACION DE LAS GLANDULAS ENDOCRINAS Y SU EXPLORACION.
2. CONCEPTO DE GIGANTISMO HIPOFISARIO.
 - 2.1 GIGANTISMO HIPOFISARIO.
3. HIPOTIROIDISMOS. CONCEPTO Y TIPOS.
 - 3.1 CRETINISMO ESPORADICO.
 - 3.2 HIPOTIROIDISMO JUVENIL.
 - 3.3 MIXEDEMA DEL ADULTO.
4. RETARDO DEL CRECIMIENTO.
5. DESORDENES ENDOCRINOS EN EL DESARROLLO EN DIFERENTES - ETAPAS DE LA VIDA.
6. INFLUENCIAS GENETICAS Y FACTORES ENDOCRINOS EN EL CRECIMIENTO.

CAPITULO QUINTO
ENDOCRINOLOGIA

1. CLASIFICACION DE LAS GLANDULAS ENDOCRINAS Y SU EXPLORACION.

Estas glandulas se dividen en dos grupos:

- a) Aquéllas que forman una unidad con la adenohipofisis, siendo dirigidas por esta glandula central, íntimamente conectada con el sistema nervioso por medio de la eminencia media del hipotálamo e influyendo así sobre ella; tal es el caso de la tiroides.
- b) Las independientes de la secreción adenohipofisaria. A excepción de la somatropina, las hormonas de la adenohipofisis no actúan directamente sobre las células del organismo, sino que estimulan a una de las glandulas periféricas.

Los procedimientos empleados para averiguar el estado de una determinada glandula endócrina son los siguientes:

- a) Exploración anatómica; persigue la delimitación de la situación, forma y tamaño de las glandulas.
- b) Exploración funcional; determina el estado funcional, logrado mediante exploración en efectos periféricos de las hormonas.

Con todo, no todos los rasgos de la constitución dependen de la endocrinología: diversos trastornos de creci

miento con exceso ó defecto no dependen de fallos hormonales, sino de aportes dietéticos ricos ó pobres en vitaminas.

2. CONCEPTO DE GIGANTISMO HIPOFISARIO.

Se atribuye a la hiperfunción de la adenohipofisis en edad juvenil, antes de los 20 años. Se advierte la silla turca ensanchada y el excesivo crecimiento se observa en extremidades pero no en el tronco. (36)

Tales casos frecuentemente ofrecen infantilismo psíquico y no rara vez retardo del desarrollo en órganos genitales. (37)

Tal hipogonadismo contribuye al gigantismo, ya que al no cerrarse la hipófisis el crecimiento puede prolongarse durante mayor tiempo. La mayoría de estos sujetos fallecen antes de los 30 años. Frente a toda variación extrema, conviene precisar siempre los valores normales de la misma en las diversas edades en relación a los pesos, consultando para ello las tablas correspondientes. Se afirma que un niño ó adulto es bajo, alto, enano ó gigante cuando no alcanza ó sobrepasa conforme a su edad, los siguientes valores porcentuales y absolutos:

SON BAJOS:	SON ALTOS:	ENANOS:
-20% de la talla que les corresponde.	+20% de la talla que les corresponde.	-40% de la talla.

(36) PRAXIS MEDICA, TOMO III, PAG. 322, EDICIONES CASTILLA.

(37) IBIDEM. PAG. 322.

SON BAJOS:	SON ALTOS:	ENANOS:	GIGANTES:
- de 1.65 cm.	Varones adultos:	- de 1.45 cm.	+ de 40%
- de 1.55 cm.	+ de 1.85 cm.	- de 1.35 cm.	Varones -
	Mujeres adultas:		adultos:-
	+ de 1.70 cm.		+ de 2.00m
			Mujeres -
			adultas:-
			+ de 1.85m

El diagnóstico diferencial del gigantismo hipofisario, debe efectuarse con el no endócrino constitucional ó genotípico. (38)

El gigantismo hipofisario se distingue de los demás excesos de crecimiento de naturaleza endócrina ó no atendiendo al siguiente cuadro:

2.1 GIGANTISMO HIPOFISARIO

Caracteres sexuales secundarios. De este gigantismo se desprende lo siguiente:

El gigantismo hipogonadal con caracteres sexuales secundarios esbozados.

La acromegalia con caracteres sexuales avanzados.

El gigantismo idiopático primordial con caracteres sexuales normales.

Antes de afirmar la naturaleza endócrina del proce-

(38) PRAXIS MEDICA, TOMO III, PAG. 324, EDICIONES CASTILLA.

sc, es necesario descartar el enanismo que no depende de anomalías congénitas, ó de procesos adquiridos. También es necesario tomar en cuenta la talla de los padres, así como la raza.

Para valorar retrasos de crecimiento con ó sin infantilismo, es necesario comparar la edad cronológica y civil del paciente:

1. Fase de desarrollo esquelético,
2. Edad genital,
3. Talla, grado y peso de madurez psíquica en relación con sujetos de igual edad cronológica y sexo.

3. HIPOTIROIDISMOS. CONCEPTO Y TIPOS.

El estado hipofuncional tiroideo posee diversas variantes, según dependa de aplasias congénitas ó fallos adquiridos de la glandula. En el hombre puede producirse de diversos modos la disminución en funcionalidad de la glandula tiroides: por extirpación, manifestandose según afecte a niños, jóvenes ó adultos,:

1. En niños, cretinismo,
2. En jóvenes, hipotiroidismo juvenil,
3. En adultos, mixedema del adulto.

3.1 CRETINISMO ESPORADICO

Se divide en:

causas diversas que pueden ser agnesia tiroidea, ó hipoplasia congénita, defectos enzimáticos en la biosíntesis hormonal u bocios hipofuncionales causados por cualquier patogenia.

A su vez, puede aparecer Cretinismo Endemico; que es una variedad especial que se presenta colectivamente en algunas regiones montañosas.

La carencia yodica ó su dificultad en aprovechamiento, impide síntesis normal de tiroxina y esto permite hipersección de hormona hipofisaria tireotropa. Los caracteres de este cretinismo son semejantes a los del cretinismo esporádico. Suele haber enanismo.

3.2 HIPOTIROIDISMO JUVENIL

Cuadro clínico intermedio entre el cretinismo y el mixedema del adulto. Se inicia no al nacer, sino en la infancia. El retardo del desarrollo no es tan pronunciado como en el caso del cretinismo ni tampoco aparece una sintomatología completa del mixedema del adulto.

Lo que se afecta más es el crecimiento y desarrollo sexual, que se retrasan. También existe retraso en la maduración de los huesos faciales, conservándose la configuración infantil. La dentición definitiva tarda en brotar.

En raros casos aparece pubertad precoz con galactorrea. El desarrollo mental es defectuoso pero nunca tan pobre como en el cretinismo.

El exámen radiológico muestra claramente y ocasionalmente, disgenesia epifisaria, y de manera constante, retardo en la edad ósea.

Las causas pueden ser todas las afecciones adquiridas de la tiroides.

Con frecuencia se encuentra un trastorno embriológico, consistente en un defectuoso descenso de la glándula. El tejido tiroideo se encuentra en tales casos en cualquier punto de emigración a través del conducto tirogloso. Al ser incapaz de alcanzar un tamaño insuficiente para subvenir las necesidades del organismo en crecimiento aparece el síndrome hipotireótico.

3.3 MIXEDEMA DEL ADULTO

También se debe a insuficiencia tiroidea pero al contrario del cretinismo, afecta más a los adultos que a los niños.

El denominado mixedema postoperatorio se observa sobre todo, después de la extirpación quirúrgica de toda la tiroides, por ejemplo, a causa de carcinoma, y en ocasiones más atenuado, tras muy extensas operaciones de bocio que dejaron sólo muy escaso resto de tiroides en los que éste degeneró ulteriormente.

El mixedema adquirido del adulto se debe a lesiones degenerativas de la tiroides, producidas por nexos diversos (enfermedad de Hashimoto), carencias de yodo, dietas vegetales, ricas en coles ó zanahorias.

4. RETARDO DEL CRECIMIENTO.

Es un impedimento para el crecimiento, el cual siempre es lento en niños con hipotiroidismo. En los primeros meses de vida, el crecimiento puede no ser más cor-

to que el de un niño normal. Sin embargo, a medida que el niño crece, su estatura va quedando resagada, en comparación con la estatura normal.

El hipotiroidismo que resulta desde la infancia, es en algunos casos, la forma más extrema del enanismo. Si la deficiencia no ocurre hasta la infancia tardía, el paciente habrá alcanzado la estatura normal para su edad, pero el crecimiento podría convertirse en un aspecto muy enfatizable desde ese entonces. (39)

Respecto a las proporciones del esqueleto, mientras que los niños con enanismo usualmente tienen proporciones del esqueleto aproximadamente normales para su edad, el hipotiroidismo que lleva a un enanismo permanece infantil en su constitución, teniendo una proporción superior ó inferior en el esqueleto.

5. DESORDENES ENDOCRINOS EN EL DESARROLLO EN DIFERENTES ETAPAS DE LA VIDA.

Existe una marcada tendencia entre los médicos para sospechar que existe un origen de tipo endócrino para toda desviación del promedio normal del crecimiento y desarrollo para lo cual no existe una causa aparente.

Los padres preocupados por el estado de sus hijos, acuden al médico porque encuentran que son muy pequeños - ó bien, muy altos, al igual sucede con aquéllos niños que

(39)PRAXIS MEDICA, TOMO III, PAG. 324, EDICIONES CASTILLA.

son muy obesos ó muy delgados, ó porque sus genitales son muy pequeños. Por otro lado, los casos típicos de hipotiroidismo, ó cualquier otro desorden de tipo endócrino con frecuencia pasan inadvertidos. Los tipos de anomalías y problemas de diagnóstico encontrados varían considerablemente en los diferentes períodos de la niñez. (40)

1. En la niñez considerada como temprana, el problema principal, es el diferenciar los disturbios que originan retraso en el crecimiento y desarrollo debido a problemas en la tiroides ó en la pituitaria por anomalías congénitas que no son exactamente de origen endócrino.

El desarrollo precoz en los patrones sexuales pueden deberse también a lesiones en las glándulas endócrinas ó en el hipotálamo, ó puede ser debido solamente a un temprano impulso de la actividad normal del mecanismo pituitario gonadal.

2. Durante el período de la adolescencia, una gran proporción de pacientes muestran solamente desviaciones normales del promedio de tiempo y del patrón de desarrollo del cual depende que pueda ser mejor explicado como variaciones constitucionales en el sistema endócrino ó desbalance temporal en la secreción de hormonas durante el período de ajustamiento.
3. En los años de la post adolescencia, la persistencia en el infantilismo sexual es generalmente debido a deficiencias de la pituitaria ó deficiencia gonadal. El enanismo puede ser también -

debido a orígenes de tipo genético. (41)

6. INFLUENCIAS GENÉTICAS Y FACTORES ENDOCRINOS EN EL CRECIMIENTO.

La niñez y la adolescencia son los períodos más importantes para el estudio de los efectos endócrinos y sus desórdenes.

En los adultos, las malfunciones hormonales son manifestadas por los disturbios metabólicos. Durante el período embrionario, ó durante la niñez, estos mismos desórdenes metabólicos pueden ser a causa del alteramiento en el desarrollo y pueden a su vez causar desviaciones en el desarrollo sexual. (42)

Estos cambios estructurales con frecuencia ayudan en gran medida para diagnosticar malformaciones de tipo endócrino. Por otro lado, los médicos que no están debidamente informados, pueden ser guiados para poder encontrar las anomalías ó variaciones del desarrollo, que pueden ser muy parecidas a las ocurridas debido a desórdenes endócrinos pero que no son de tipo hormonal.

Para evitar errores en los diagnósticos, es necesario buscar evidencias fisiológicas y químicas de malfunciones hormonales específicas. (43)

Se han encontrado factores genéticos que pueden actuar directamente en los órganos sin la intervención de -

(41) PRAXIS MEDICA, TOMO III, PAG. 325, EDICIONES CASTILLA.

(42) IBIDEM. PAG. 325.

(43) IBIDEM. PAG. 325.

secreciones endócrinas y que esas anomalías del crecimiento dependen directamente de factores genéticos ó mutaciones que actúan desde el útero ó después del nacimiento.

Todavía existe una tendencia a olvidar ó minimizar el menor grado de los factores que regulan el crecimiento éste, diferenciación, el desarrollo del cuerpo, comenzando con la formación del cigoto y continuando hasta llegar a la madurez total, dependen de regulaciones intrínsecas.

Entre los factores de tipo extrínscico esenciales - para el desarrollo se encuentran sustituidos de ciertas - sustancias tales como pudieran ser los aminoácidos ó minerales, la habilidad del cuerpo para asimilar y transportarlas y la actividad normal de nuestros sistemas de enzimas concernientes en su utilización.

Dichos factores pueden principiar desde la edad fetal; gobiernan el patrón de crecimiento y diferencias celulares. El patrón de los genes determinan el plan para el futuro desarrollo y crecimiento del individuo.

Pero este plan puede ser modificado en cualquier tiempo y el producto final que resulta se llama "fenotipo".

Influencias hereditarias son llevadas a través de los genes. No debe pensarse en los genes solamente como pequeños agentes, sino como potentes activadores.

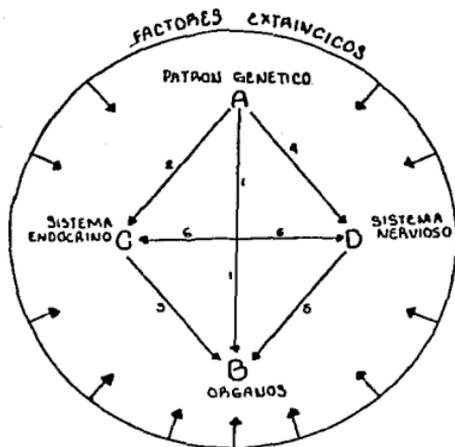
En el embrión primitivo, algunas de las actividades que gobiernan las diferenciaciones celulares pueden concentrarse en ciertas áreas llamadas "organizadoras", pero también existe una evidencia de hormonas que circulan y extienden su influencia a variadas partes del cuerpo. Es sólo hasta el período fetal cuando ciertas texturas se co

llevan y se convierten en especializadas como las glándulas endócrinas, secretando otras hormonas que tienen un metabolismo específico ó influencia en el desarrollo del cuerpo. (44)

Pero es muy importante que el médico que trata al paciente por formales desórdenes de tipo endócrino, tome en cuenta:

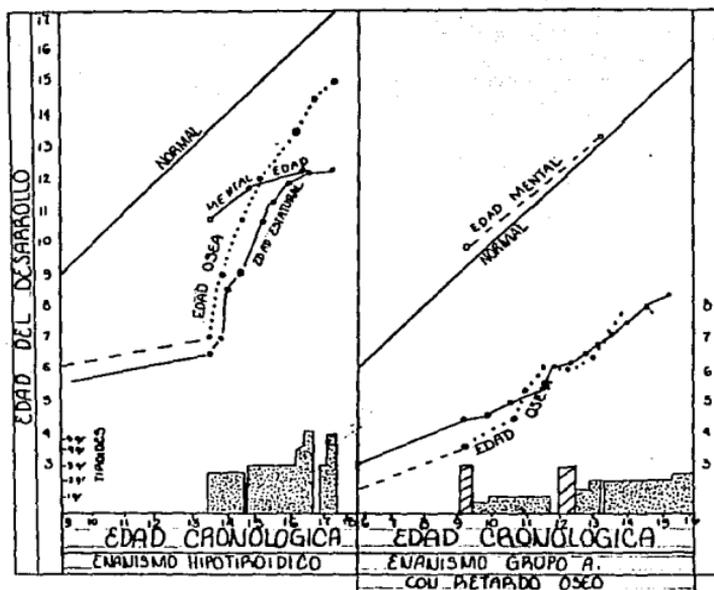
- a) Si el retraso en desarrollo y viendo también el crecimiento, es debido a mala nutrición en el sujeto en cuestión,
- b) Si la anomalía es congénita y no relacionada con el sistema endócrino directamente,
- c) Si son sólo anomalías de tipo constitucional ó diferencias en el patrón endócrino del paciente - y que dan como resultado desviaciones en el crecimiento y desarrollo,
- d) Si existen desórdenes específicos en las glándulas endócrinas ó en llevados caminos neurales - que influyen eminentemente en ellos.

Es frecuentemente difícil decidir si una desviación en crecimiento y desarrollo de un sujeto se debe a diferencias endócrinas, a desbalanceo temporal de las hormonas, ó a problemas mucho más serios de las glandulares - que regulan dichos aspectos del cuerpo en todo individuo.



EL DIAGRAMA MUESTRA COMO PUEDEN INFLUIR LOS FACTORES GENÉTICOS EN EL CRECIMIENTO Y DESARROLLO DEL CUERPO DIRECTAMENTE. (A-B), O PUEDEN CAUSAR DIFERENCIAS CONSTITUCIONALES EN EL SISTEMA ENDOCRINO. (A-C-B), O EN EL SISTEMA NERVIOSO. (A-D-B).

ADAPTACION DE BAUER, JULIUS: ENFERMEDAD Y CONSTITUCION. - SEGUNDA EDICION. NUEVA YORK, 1945.



RETARDO DEL DESARROLLO OSEO. NO DIAGNOSTICO DEL HIPOTIROIDISMO.

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

7. EXAMEN DE SUJETO CON ANOMALIA DE CRECIMIENTO ESTATU -
RAL.

En estos casos, el interrogatorio que se le practique al sujeto en cuestión, es imprescindible y puede por sí solo dar la clave del problema. Deberá precisar:

a) Contexto familiar, que deberá incluir:

- Talla de los hermanos,
- Talla de los padres y de los abuelos,
- Cronología de su evolución puberal y en estatura,
- Condiciones socioeconómicas de la familia,
- Problemas psicofectivos planteados por el sujeto que se estudia,

b) Antecedentes personales, que deberán incluir:

- Edad fetal, peso y talla al nacer a fin de diferenciar los prematuros de los retrasos del crecimiento intrauterino,
- Dietética observada en el curso de los primeros años,
- Manifestaciones patológicas y su tratamiento a largo plazo.

Dentro de un meticuloso estudio clínico, deberá comprenderse:

- Una evaluación general de la morfología y el trofismo,
- Un análisis minucioso de las posibles dismorfias presentadas por el sujeto, insistiendo en las anomalías de la región craneofacial, las -

- manos y los pies, los órganos genitales, la piel y las faneras.
- Un exámen visceral completa este estudio clínico.

Ficha morfológica y morfograma que pondrán de manifiesto los datos numéricos relativos a:

- a) El peso y la talla,
- b) Los diversos segmentos del cuerpo,
- c) Los perímetros y los diámetros.

Estos datos deberán ser comparados con los promedios por edad y expresados en desviaciones típicas, en porcentajes (ábaco de Scholler), ó en percentiles (gráfica de Gauss), se han propuesto así, varios tipos de morfogramas, entre los cuales el más adaptado al período puberal es el de Lelong. (45)

Con el se pueden objetivar a la vez la maduración del sujeto con respecto a la edad, y sus proporciones y nutrición con respecto a la talla.

Se utiliza antes del período puberal un morfograma basado en los cuadros de Engkebach y Wilkins, para poder situar de una ojeada las principales medidas del sujeto con respecto a las medidas estipuladas para su edad y comparar entre sí sus diversos parámetros y su edad ósea.

El desarrollo sexual se anotará con arreglo a la iconografía de Tanner.

(45) PRAXIS MEDICA, TOMO III, PAG. 326, EDICIONES CASTILLA.

8. EXAMEN RADIOLOGICO Y EXPLORACIONES BIOLOGICAS.

La finalidad del exámen radiológico, es la de precisar la edad ósea del sujeto, y tendrá en cuenta las posibles discordancias de la aparición de puntos de osificación con arreglo a la región considerada (atlas de Pyle y Greulich). (46)

También se podrá confirmar ó excluir el origen óseo de la anomalía de la estatura. Con una radiografía del cráneo en estricta posición lateral, será posible determinar la relación de las superficies del cráneo y de la cara por planimetría.

Ante la menor duda, se harán radiografías del conjunto del esqueleto. Por medio de este doble exámen clínico y radiológico se obtendrá:

1. La edad en estatura y la velocidad del crecimiento.
2. Las disarmonías morfológicas.
3. La edad ósea.
4. La edad mental.
5. La edad puberal si los caracteres sexuales secundarios están en curso de aparición.

En la mayoría de los casos, quedará resuelto entonces, el problema planteado por esta anomalía del crecimiento, tanto si es un avance ó un retraso constitucional

no patológico como una enfermedad evidentemente clínica - ó radiológicamente. A veces habrá que completar este exámen clínico y radiológico con exploraciones biológicas - que se elegirán con arreglo a los primeros elementos del estudio.

Tratemos ahora las exploraciones biológicas. Podemos afirmar que entre estas exploraciones, algunas son habituales y otras exigen laboratorios de técnica avanzada y resultan a veces difíciles de interpretar. Es evidente que estas técnicas difíciles sólo se aplicarán en la medida en que contribuyan a esclarecer el diagnóstico y a orientar el tratamiento. Dentro de estas exploraciones biológicas podrá practicarse:

- a) Un exámen corriente de la sangre y de orina.
- b) Balances metabólicos del agua, los electrólitos y las distintas sustancias orgánicas.
- c) Una urografía con cistografía retrógrada.
- d) Biopsias de las mucosas duodenoyeyunal y rectal.
- e) Biopsias del hígado y del tejido óseo.
- f) Un estudio del sexo cromático y un cariotipo.

Por último, la exploración endócrina, limitada a menudo a unas determinaciones básicas, a veces deberá consistir en prácticas dinámicas más complejas para poder apreciar la amplitud del diencéfalo, de las estimulinas hipofisarias de sus glándulas receptoras.

(Cuadros I y II).

Estudio estático	En ayunas Después de un período En el curso del sueño Sobrecarga Después de la administración con de diltiazemol 10 mg x 3 días	Valores de SH con presión entre 5 - 80 y 80 mm
Estudio dinámico	Pruebas de estimulo después de la administración de - Ergonina, 0.5 g/kg IV. - Insulina, 1.00 U/kg IV. - Dexametna, 500 mg por vía oral (dosis ordinaria) - Glucagon, 1 mg IM + - Propranolol, por vía oral, 1 mg/kg	Para máximo entre los 30 y 60 min

(CUADRO I. EXPLORACION DE LA FUNCION SOMATOTROFICA).

Exploraciones	Pruebas	Resultados normales
Eje hipotálamo hipofiseo- suprarrenal	Determinaciones estáticas	A C T H - 80 pm/ml Cortisol 10 a 15 µg/ml
	- Prueba de la metopirona, 0.5 g, por vía oral, cada 4 horas/24 horas.	Concentración A C T H x 2 17 GH x 3
	- Hipoglucemia insulínica	Pico A C T H a los 60 min Cortisol
	- Urina vasopresina, 5 unidades, m ² IM	Concentración A C T H x 2 a los 30 min Cortisol
Eje hipotálamo hipofiseo trófico.	Determinaciones estáticas	TSH -- 0.5 a 2 µu/ml T3 -- 0.70 a 1.10 µg/ml T4 -- 50 a 70 µg/ml
	- Prueba de la T R H 200 µg IV	TSH x 4 a los 22 min
	- Cartografía	
	- Curva de liberación	
Eje hipotálamo gonadal.	Determinaciones estáticas	FSH L H Testosterona -- 230 pg/ miligramos Estradiol -- 10 a 20 pg/ miligramos
	- Prueba de la LH (100 mg m ² IV)	
	- Prueba de la GnRH (100 mg m ² IV)	

(CUADRO II. EXPLORACION DE LOS EJES TIROIDEO Y GONADAL).

CAPITULO SEXTO

PROCEDIMIENTOS PARA MENORES INFRACTORES

1. EL ESTADO Y LOS MENORES INFRACTORES,
2. LA EDAD Y SUS CONSECUENCIAS JURIDICAS.
3. CONSEJOS TUTELARES AUXILIARES.
4. PROCEDIMIENTO ANTE EL CONSEJO TUTELAR AUXILIAR.
5. RESOLUCIONES DEFINITIVAS Y RECURSOS.
6. CONSIDERACIONES FINALES.

CAPITULO SEXTO

PROCEDIMIENTOS PARA MENORES INFRACTORES

1. EL ESTADO Y LOS MENORES INFRACTORES.

Después de un proceso repetitivo y lento en torno a los menores infractores, las leyes vigentes en general, en la República Mexicana, concluyeron desde hace tiempo que es el Estado quien lejos de implementar medidas de carácter punitivo en contra de menores, debe llevar a cabo una función de substitución paterna, ejerciendo, en otros términos, actividades de orden tutelar.

No es posible omitir que en la legislación mexicana quizá para fijar la minoría de edad, se pusieron en juego las disciplinas jurídicas que, en su momento, se involucrarían en el desenvolvimiento de los llamados menores, por eso se advierten las diferencias existentes, dentro del ámbito civil, en donde la capacidad de discernir se desprende simplemente de que el sujeto sea poseedor de esa capacidad. Por otra parte, en el ámbito político basta para ejercer los derechos respectivos, tener 18 años, como contraste, dentro del marco laboral, la aptitud se logra desde los 16 años. (47)

2. LA EDAD Y SUS CONSECUENCIAS JURIDICAS.

La edad es el punto de partida para determinar si el Estado entra ó no al ejercicio de la función antes indicada, y aunque ésta ha sido variable, a través del tiempo, hasta ampliarse al máximo de 18 años, ello nos lleva-

(47)DERECHO MEXICANO DE PROCEDIMEINTOS PENALES,COLIN SANCHEZ GUILLERMO,EDITORIAL PORRUA,PAG.653.

a considerar que quienes no la hayan cumplido, quedan exentos del procedimiento común y corriente que se sigue para los que se ubican dentro de la hipótesis del Derecho Penal.

Puede decirse que la edad ampara y facilita los privilegios, tratándose del delito mismo; empero, sólo respecto a los considerados menores, por estimarse que no son instintivamente imputables. Esta determinación legal, nos lleva a reflexionar en torno a la situación de personas con edad en la que la disminución de funciones, aptitudes y facultades han declinado, a grado tal que en su actuar se colocan necesariamente, dado el caso, en la ausencia de intención ó de voluntad conciente. No obstante, en las normas jurídicas vigentes se advierte una desigualdad censurable a todas luces, por la omisión ó referencias amplias para quienes por motivos de avanzada edad declinan y, en las condiciones anotadas sean considerados inimputables, no sin las consecuencias ó medidas que el legislador provea para ello.

Desde siempre, no ha pasado inadvertido para los que han tratado de analizar la problemática de los menores infractores, que éstos son verdaderos autores de varias formas de criminalidad, manifestadas no sólo a través de pequeños hurtos, y hasta grandes robos a mano armada, sino también de asociaciones encaminadas a asaltos, violaciones, consumo y tráfico de drogas e innumerables tipos de conductas definitivamente antisociales.

Los procedimientos que para contrarrestar estas manifestaciones se han implementado, han sido en algunas épocas dramáticas, profundamente emotivos y hasta objeto de especularidad, no únicamente por el debatido argumento de la inconstitucionalidad de los procedimientos, sino acaso

también por las constantes protestas de quienes de alguna manera se veían afectados por los desmanes y consecuencias del llamado proceder de los menores, mismo que en la etapa contemporánea, en multitud de ocasiones, es una especie de bomba de tiempo para una sociedad que, en razón de su organización y formas de desenvolvimiento, ignora en que momento ocurrirá el estallido.

3. CONSEJOS TUTELARES AUXILIARES.

Seguramente debido al incremento de la población en la Ciudad de México, y siguiendo como norma la desconcentración administrativa, el artículo 16 indica que: "El Pleno del Consejo podrá disponer el establecimiento de Consejos Tutelares Auxiliares en las Delegaciones Políticas del Distrito Federal", para lo cual el Consejo Auxiliar dependerá del Consejo Tutelar que lo instaló y se integrará con un consejero Presidente y dos Vocales.

Como auxiliares del Consejo Tutelar funcionan los Centros de observación integrados por un Director Técnico un Subdirector para cada uno de los Centros de observación de varones y de mujeres, jefes de secciones técnicas y administrativas y personal administrativo.

Como se advierte de esta distribución y organización de las diversas autoridades que concurren a lo que es propiamente hablando algo más cercano a un enjuiciamiento de menores, se han instalado Tribunales Colegiados integrados por técnicos que por su especialidad garantizan mayormente, no sólo los procedimientos, sino el resultado de éstos, como se desprende del espíritu que anima el artículo 15 en relación con la promotoría que se encarga de la vigilancia de la legalidad.

4. PROCEDIMIENTO ANTE EL CONSEJO TUTELAR AUXILIAR.

Este procedimiento tiene lugar solamente tratando - se de infracciones a los Reglamentos de Policía y Buen Go bierno y de conductas referentes a golpes, amenazas, inju rias, lesiones que no pongan en peligro la vida y tarden - en sanar menos de quince días y daño en propiedad ajena - culposo hasta por la cantidad de \$2,000.00. (48)

" Cuando el caso de que se trate revista especial - complejidad ó amerite estudio de personalidad e imposi - ción de medidas diversas de la amonestación, ó cuando se - trate de reincidente, el Consejo Auxiliar lo remitirá al - Tutelar del quo dependa, a efecto de que se tome conoci - miento de él, conforme al procedimiento ordinario". (Artí culo 48).

De este precepto se colige que en este procedimien - to no da lugar al estudio de la personalidad y por otra - parte que el Consejo Tutelar Auxiliar se abstiene de se - guir conocimiento del caso cuando se trate, entre otras - causas, de un reincidente. Esto no deja de llamarnos la a tención, por el desacuerdo que aún sigue subsistiendo en - torno a la problemática de los menores, especialmente - cuando de terminología ó de calificativos se trata, pues - baste citar que la Suprema Corte de Justicia de la Nación ha dicho: " no es reincidente el menor que comete un deli to cuando se encuentra cumpliendo una medida correccional ya que con respecto al delito que dió lugar a ella no es - culpable, por no ser imputable. "

Los sujetos menores cuya conducta en su caso, es -

(48)DERECHO MEXICANO DE PROCEDIMIENTOS PENALES COLIN SAN - CHEZ GUILLERMO, EDITORIAL POPRUA, PAG.671.

típica y antijurídica, puesto que si se adecúa a un tipo penal, es indudable que el tipo se ha dado, lo que ocurre es que no se le sanciona por la ausencia de un elemento del delito que es la imputabilidad, por ende esto no significa que que no sea reincidente atento a la connotación gramatical del propio calificativo. (49)

La dinámica que en este procedimiento se observa, se ideó en forma sumarisima y sencilla. El menor, simplemente, es presentado ante la autoridad y, sin privarlo de su libertad, se celebra una audiencia, previa cita del menor y de quienes sobre él ejercen la patria potestad, procediéndose de inmediato al desahogo de las probanzas, escuchando al menor y sus encargados y se entiende que de inmediato deberá procederse a resolver el caso

Parece entenderse que en este procedimiento, tal y como parece, el legislador omitió ordenar que se realizara el estudio de la personalidad del menor, ya que el capítulo VI de la Ley que crea el Consejo Tutelar para Menores Infractores del Distrito Federal y concretamente en la fracción II del Artículo 48, se advierte que no todos los casos sujetos a este procedimiento ameritan estudios de personalidad, situación esta que a nuestro juicio dejó mucho que desear, pues basta y sobra que se tome conocimiento de que hay infracción a los "Reglamentos de Policía y Buen Gobierno y de conductas constitutivas de golpes, amenazas, injurias, lesiones, etc., para que si se quiere seguir la política que se dice en pro de los menores de la Sociedad, se pueda ordenar el estudio correspondiente y con éste y los elementos antes señalados, se pueda proceder de manera más pertinente a que

(49)DERECHO MEXICANO DE PROCEDIMIENTOS PENALES, COLIN SANCHEZ GUILLERMO, EDITORIAL PORRUA, PAG. 671.

el Consejo Auxiliar dicte una resolución consistente y encaminada a reeducar.

A mayor abundamiento, tómesese en consideración que - García Ramírez con todo acierto, llevando a cabo una interpretación sistemática de las normas que han venido ocupando nuestra atención, indica:

" La instrucción del procedimiento para menores conviene, mejor, denominarla observación biopsicosocial, pues en esta cifra la primera etapa del procedimiento, aunque se procurará llevar a cabo plañaria investigación sobre el individuo."

5. RESOLUCIONES DEFINITIVAS Y RECURSOS.

La resolución definitiva que para cada caso concreto dicte el Organó Tutelar, éste deberá ser sobre los hechos y la conducta atribuida al menor en la determinación que, de acuerdo con el Artículo 35 hubiere dictado el Consejo Instructor de turno y que fue la base sobre la cual se siguió el procedimiento, a no ser que hubiese sido modificada por algún otro que se hubiere dictado durante el curso del procedimiento, por haber aparecido otros hechos, o situaciones diversas en relación con el mismo menor y que sirvieron de base para modificar la antes dictada, situación ésta que nos parentiza lo ordenado por la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos vigente, respecto al procedimiento penal que se sigue a los adultos al establecer que todo proceso se seguirá por el ó los hechos contenidos en el auto de formal prisión.

Las resoluciones definitivas son dictadas por la Sala tratándose del procedimiento ordinario y por los Conse

jos Auxiliares, en el procedimiento que a éstos compete.

Habrán de hacerse constar los hechos por los cuales se siguió el procedimiento, así como también los estudios de personalidad, las declaraciones del menor y de quienes sobre éste ejercen la patria potestad ó tutela, de los testigos, la víctima, de los peritos y el Promotor. Contendrá también una parte resolutive en la que en forma concreta se concluya respecto a las medidas a adoptar, mismas que, con fines a la readaptación social, podrán ser el internamiento en la institución que corresponda ó la libertad.

Para estos efectos el menor es entregado a quienes ejerzan la patria potestad ó la tutela, ó bien, será colocado en hogar sustituto, pero siempre sujeto todo esto a vigilancia por la autoridad ejecutora.

En la resolución dictada por los Consejos Auxiliares, proceden a llevar a cabo la amonestación en la misma audiencia de conocimiento y resolución, al igual que la orientación al menor y a quienes lo tengan bajo su guarda. (50)

Por lo anterior, con acierto nos señala García Ramírez: " como la resolución del órgano tutelar carece de autoridad de cosa juzgada, debe el juzgador estar dotado de atribuciones para modificar en cualquier tiempo la medida, con ó sin instancia de ese sentido ".

En cuanto a los recursos, éstos como lo indica el Artículo 57.: "tienen por objeto la revocación ó la subs

(50)DERECHO MEXICANO DE PROCEDIMIENTOS PENALES,COLIN SANCHEZ GUILLERMO,EDITORIAL PORRUA,PAG.673.

titución de la medida acordada, por no haberse acreditado los hechos atribuidos al menor ó a la peligrosidad de éste, ó por habersele impuesto una medida inadecuada a su personalidad ó a los fines de su readaptación social ".

Existen tres " recursos ":

1. La inconformidad, es un medio de impugnación ordinaria a cargo del promotor, a través del cual se hace manifiesta, en todo ó en parte, la no aceptación, ante el Pleno, del Consejo de la resolución de la Sala por haber ésta impuesto una medida diversa de la amonestación, para que dicho Pleno revoque ó substituya lo acordado, por no haberse acreditado los hechos atribuidos al menor ó a la peligrosidad de éste ó por habersele impuesto una medida inadecuada a su personalidad y a los fines de su readaptación social.
2. La queja, es un medio de impugnación ordinario que se presenta ante el Jefe de Promotores, cuando el Promotor no interpuso el recurso que se le solicitó, por quien ejerce la patria potestad o la tutela sobre el menor, para que una vez que se le de entrada, el Presidente de la Sala acuerde de oficio la suspensión de la medida impuesta y la remisión de la respuesta a la Presidencia del Consejo.
3. La reconsideración, es también un recurso ordinario para aquellos casos en que el Consejo sólo cuenta con una sola Sala, de tal manera que sea esta misma quien lleve a cabo una especie de revisión del caso a través, del trámite previsto para la inconformidad.

6. CONSIDERACIONES FINALES.

Es posible concluir que la Legislación Penal Mexicana, en realidad ha diferenciado con mayor propiedad la situación penal del menor, en relación con el delincuente adulto y en todo y por todo se encaminó a la protección del primero, a través de las instituciones jurídicas especiales que se han estudiado. En consecuencia, conforme a la Ley que crea los Consejos Tutelares para menores de 18 años, se instituyen los procedimientos encaminados a que las autoridades competentes comprueben los hechos, tomen conocimiento personal y directo del menor, ordenen a través de los organismos especiales los estudios necesarios referentes a la personalidad del menor, sus condiciones familiares y ambientales, dispongan lo necesario para la internación del menor, únicamente por el tiempo indispensable para un mejor exámen que permita la adopción de un régimen adecuado y con base en los estudios señalados, cuando quede demostrado que no hay problemas de conducta ó ambientales, se le ponga en libertad absoluta en poder de los padres, tutores ó guardadores, ó bajo un régimen de libertad, hasta cierto punto, vigilada, para todo esto se dotó de atribuciones especiales a los Consejos, para que de esa manera se proteja al menor en su salud física y psíquica y en su status civil con la patria potestad, tutelar, internación, etc.

Aunque la situación de los menores dentro de nuestra legislación penal es un tanto *siu generis*, por no estar totalmente fuera del Derecho Penal, también es cierto que la intención que priva en las normas que con respecto al tratamiento de los mismos se han dictado, es la protección de la minoridad de edad, lo cual es un avance importante en relación con los sistemas anteriores. Basta citar que se establecen un conjunto de garantías que permi-

ten establecer que los procedimientos no son contrarios a las normas constitucionales como ocurría en las anteriores instituciones que la ley vigente derogó.

El juez de menores, lo que va a apreciar es una situación que comprende dos ángulos:

- a) La personalidad del menor, que va a investigar por medio de los servicios psicológicos y,
- b) El medio ambiente que rodea al menor, para protegerlo porque todo niño tiene derecho a su formación como ser humano.

Son infinidad de reflexiones y observaciones las señaladas por los estudiosos de la pedagogía correctiva, misma que difícilmente está al alcance de los regímenes gubernamentales, no sólo por su alto costo sino también por la carencia de verdaderos especialistas en el tratamiento de este problema.

No cabe duda que la fijación de la minoridad de edad, tanto para los inimputables como para otros casos, no ha dejado de oscilar dentro de un criterio un tanto subjetivo, del cual ha sido el factótum la opinión de médicos, psicólogos y psiquiatras. El jurista es poco lo que ha contado, si acaso, sólo para dar forma a las normas que regulan este procedimiento. (51)

Como motivo de verdaderos crímenes repugnantes como comtidos últimamente por menores, se ha llegado a pensar en disminuir la edad de 18 a la de 16, para exigir responsa-

(51)DERECHO MEXICANO DE PROCEDIMIENTOS PENALES, COLIN SANCHEZ GUILLERMO, EDITORIAL PORRUA, PAG.677.

bilidad , pero esto no ha dejado de ser un paliativo ó - forma de tratar de calmar la ira social y la alarma que - semejantes conductas producen. (52)

El nuevo sistema instituido en México, no deja de - ser un avance, una idea constructiva plasmada en normas - jurídicas que contando con todos los elementos de un ver- dadesro tratamiento, puedan reportar, para algunos casos, buenos resultados; empero, estimamos que sería más aconse- jable procurar todo lo necesario para que los niños y ado- lescentes no fueran víctimas de una organización social - que mucho deja que desear, pues sin duda, el ambiente fa- miliar, la programación y realización del derecho a una - vida más justa, las políticas realistas tendientes a me- jorar la salud, el bienestar familiar y su planificación- elevar el nivel educacional, la proliferación integral de verdaderos Centros de Salud, erradicar la desnutrición, - la participación de las madres en diversas tareas socia - les que contribuyan a elevar su sentido de responsabili - dad en todo el cuidado y educación de niños y jóvenes, u- na mejor orientación a adolescentes y jóvenes, oportunida- des para un desenvolvimiento positivo, trabajo, estabili- dad familiar, atención médica, agua potable, alimentación y sobre todo, una mejor distribución de la riqueza, son - todos estos factores que por medio de programas y planea- ción adocuada, crearán un ámbito social en el que con la- participación de gobierno y sociedad, logren mejores con- diciones de vida, susceptibles de generar personalidades- sanas y vigorosas que se traduzcan en conductas positivas que faciliten el verdadero ocaso de los procedimientos pa- ra los llamados menores infractores.

(52)DERECHO MEXICANO DE PROCEDIMIENTOS PENALES, COLIN SAN- CHEZ GUILLERMO, EDITORIAL PORRUA, PAG. 678.

CONCLUSIONES PERSONALES

1. El único método confiable para poder determinar la - llamada " EDAD CLINICA ", es el método radiológico.
2. El exámen médico legal deberá ser practicado y siempre basado en factores muy discutibles y muy confiables, - por lo que el resultado es siempre muy aproximado a la edad real.
3. El exámen médico legal deberá ser practicado siempre - que no se cuente con el documento oficial; acta de nacimiento del menor que ha infringido la ley al momento de ser juzgado.
4. Es requisito indispensable que el juzgador tenga por - establecida la " edad clínica " del menor infractor, - pues de su edad depende que sea enviado a un recluso - rio si resulta ser un individuo mayor de edad, ó al - Consejo Tutelar para Menores Infractores del Distrito - Federal si es efectivamente un individuo menor de edad
5. Dado que cada individuo cuenta con alimentación, educa - ción y aspectos económicos diferentes, así como el me - dio en que se desenvuelve, no deben dejarse a un lado - todos los estudios que sean necesarios y que pueden - proveernos de los elementos fundamentales para poder - determinar con la mayor precisión, la " edad clínica " del menor.

6. El Consejo Tutelar para Menores Infractores del Distrito Federal, es la institución con que contamos para la rehabilitación y readaptación del menor infractor. Cuenta con aspectos de procedimiento y aspectos técnicos bastante favorables para los menores que ahí ingresan.

7. A su vez, se han creado Consejos Tutelares Auxiliares que dependen del Consejo Tutelar que los creó y que funcionan con los mismos aspectos de procedimiento y técnicos igualmente favorables para los menores que ahí ingresan. Estos fueron creados para, como su nombre lo indica, auxiliar a los Consejos Tutelares en sus funciones, dado el alto índice de habitantes de nuestra Ciudad.

8. El Código Civil para el Distrito Federal, en su Artículo 646 establece claramente con respecto a la edad:
" La mayor edad comienza a los 18 años cumplidos ", lo cual no deja dudas para jueces y litigantes; siempre que se cuente con el acta de nacimiento, documento que hace prueba plena del individuo infractor.

9. Pero, si este documento oficial, el acta de nacimiento no estuviese al alcance de las autoridades al momento de tener bajo sí al individuo que ha infringido la ley deberán estas entonces auxiliarse de los conocimientos de un médico legal quien, mediante diversos estudios podrá establecer la "edad clínica " del individuo infractor, en forma muy aproximada a la real.

10. Además de estudios medicos, contamos también con estudios antropológicos, que, unidos con los primeros, se complementan para poder llevar a cabo análisis completos y lo más veraces posibles para poder establecer su " edad clínica ".

11. Es responsabilidad de jueces y litigantes en conjunción con médicos legales, en cuanto a la determinación de la edad clínica se refiere, para poder administrar justicia en la forma más precisa posible.

12. Como se afirma en el último capítulo de la presente tesis, una medida para poder disminuir la criminalidad de menores de edad, sería la de reducir ésta a 16 años.

13. Como último punto, no debemos olvidar los aspectos económicos, los aspectos de alimentación, los aspectos de educación, los aspectos de origen familiar, pues todos ellos unidos en armonía nos llevan a tener cada vez menos individuos que infrinjan nuestras leyes, pero por el contrario, aquellos aspectos cuando no se conjugan armoniosamente para dar seguridad económica y moral a todo individuo, por una u otra causa los conducen a delinquir y, si es triste tener a un sujeto mayor de edad dentro de un reclusorio porque ha infringido nuestras leyes, lo es más cuando por las mismas causas un menor de edad debe quedar interno en una institución para menores infractores: El Consejo Tutelar para Menores Infractores del Distrito Federal.

BIBLIOGRAFIA

1. COLIN SANCHEZ GUILLERMO, DERECHO DE PROCEDIMIENTOS PENALES, EDITORIAL PORRUA, S.A., OCTAVA EDICION.
2. FARRERAS Y ROZNAN, MEDICINA INTERNA, TOMO II, NOVENA EDICION.
3. FAULHABER JOHANNA, ANTROPOLOGIA FISICA, EDITORIAL TRILAS.
4. PRAXIS MEDICA, TOMO III, EDICIONES CASTILLA.
5. PRAXIS MEDICA, TOMO IX, EDICIONES CASTILLA.

CODIFICACION CONSULTADA:

1. CODIGO CIVIL PARA EL DISTRITO FEDERAL, COLECCION PORRUA, 1983. QUINCUAGESIMOSEGUNDA EDICION.
2. CONSTITUCION POLITICA DE LOS ESTADOS UNIDOS MEXICANOS, 1985. 77a EDICION.
3. LEY QUE CREA LOS CONSEJOS TUTELARES PARA MENORES INFRACTORES DEL DISTRITO FEDERAL.
(CODIGO PENAL PARA EL DISTRITO FEDERAL, COLECCION PORRUA, 1985. CUADRAGESIMA EDICION.)