

11226  
2 y 63

# INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

DELEGACION ESTATAL OAXACA

JEFATURA DE ENSEÑANZA E INVESTIGACION

HOSPITAL GENERAL DE ZONA NUM. 1

CON MEDICINA FAMILIAR

TEMA:

"MALTRATO Y ABUSO EN EL NIÑO"

RESIDENCIA DE MEDICINA FAMILIAR

INVESTIGADOR:

*C. Maria Judith Olivera Ruiz*

MEDICO RESIDENTE DE MEDICINA FAMILIAR

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

OAXACA, OAX., 1988.



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

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

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

## C O N T E N I D O

Introducción . . . . .	6
Justificación . . . . .	7
Antecedentes Científicos . . . . .	8
Definición y clasificación . . . . .	18
Objetivos . . . . .	24
Hipótesis . . . . .	25
Material y métodos . . . . .	26
Resultados . . . . .	29
Casos ilustrativos . . . . .	39
Comentario . . . . .	43
Conclusiones y sugerencias . . . . .	46
Bibliografía . . . . .	49

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

El Síndrome de Maltrato en el niño, se reporta con una frecuencia elevada, de aproximadamente 6 de cada 1 000 nacidos vivos, ó 30 a 50 mil casos anuales reportados en Estados Unidos. (7)

Sin embargo no se conoce exactamente las cifras de las diferentes partes del mundo.

En México, a pesar de las revisiones hechas por Marcovich, Espinoza, Rojas y Manzano, Loredó y Reinés; no se señala la frecuencia real, ya que no se reporta en forma adecuada o se oculta el diagnóstico.

A pesar de que en otros países se reporta una alta incidencia del Síndrome del Niño Maltratado, se considera que es la segunda causa más frecuente de Muerte Repentina en el Niño; se sabe que ésto no es tan severo en nuestro medio. Sin embargo, pensamos que se debe a que el Médico o no sabe identificar el Síndrome, ó no lo sospecha, y por lo tanto, no se reporta como tal, además de que no se ha seguido intensionalmente la evolución posterior del paciente para indagar este hecho.

Se cree conveniente realizar esta investigación, dado el auge que ha tomado en la actualidad el tema y el poco conocimiento que del mismo existe en nuestro medio.

En este trabajo se trata de descubrir que el Síndrome de Maltrato y Abuso en el Niño, es más frecuente de lo esperado, si se busca intensionalmente.

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

Teniendo en cuenta los datos anteriores, consideramos que la primera justificación del trabajo es:

Establecer la frecuencia con que los médicos de Urgencias, de consulta externa y Pediatría reportan este síndrome y; demostrar que la búsqueda intencionada de los casos, supera el número de reportes del Síndrome como consecuencia.

Teniendo en cuenta los pocos reportes hechos en nuestro medio tratamos de incrementar la información existente, por lo que consideramos que aclarará y actualizará los conocimientos sobre ésta Patología, además de que podrá ofrecer algún cambio para la rehabilitación de casos futuros. También sabremos que tipo de maltrato es el más frecuente y las alteraciones crónicas que provoca.

En tercer lugar, determinar las secuelas que dejaron. Tratando con ello hacer el diagnóstico integral y deducir con ello la rehabilitación a la que pudieran someterse.

Creemos justificable tratar de reconocer esta patología lo más temprano posible, y evitar que el niño maltratado de hoy, sea el padre maltratador de mañana, asimismo, nos proponemos tener fundamentos para la realización de trabajos posteriores.

En vista de que no existe un trabajo previo en éste hospital, y considerando que es frecuente el maltrato en el niño, creemos que éste trabajo de investigación, vendrá a resolver algunos problemas de los derechohabientes de ésta Unidad.

## ANTECEDENTES CIENTIFICOS

El maltrato y abuso en los niños se ha realizado desde tiempos muy remotos ya que se tiene conocimiento de que los niños eran deformados, maltratados e inclusive sacrificados con fines sociales, económicos o religiosos (1); y así se sabe que el Código Romano conferirá al padre derechos absolutos sobre la vida de sus hijos. (2)

Este derecho sobre la vida del niño como propiedad absoluta de los padres o tutores persistió durante la edad media, hasta fines del siglo pasado; no han pasado más de cien años desde que se viene considerando a los niños con derechos separados e independientes.

La primera interferencia legal en una familia ocurrió en 1874, en Nueva York en donde se buscó la protección de una niña golpeada y hambrienta, en 1946 Caffey describió la relación de fracturas múltiples y hematomas subdurales en niños; Wooley, en 1955, descubrió las alteraciones radiográficas de origen traumático y que no se explicaban por los antecedentes de la patología que presentaba el niño.

Kempe, en 1962, introdujo el término de "niño maltratado" conociéndose desde entonces un sinnúmero de sinónimos de este síndrome. En los últimos 10 a 20 años se ha seguido la teoría de John Rawl, quien afirma que los niños tienen derechos propios, separados e independientes; pero teorías, no ha modificado grandemente en muchos países las leyes que protejan al niño y eviten su maltrato.

Actualmente se considera en este síndrome a todos los niños que sufren lesión física o mental, abuso sexual; trato negligente, o maltrato de todo individuo menor de 18 años por parte de la persona encargada de su cuidado y custodia, bajo circunstancias indicadoras de peligro o -

amenaza para la salud y bienestar del niño. Como lo propone Fontana al ampliar el término de niño maltratado cuando haya múltiples alteraciones emocionales, carencia nutricional negligencia y abuso (7).

Algunos tutores prefieren una definición basada en la causa, considerando el abuso del niño, como una expresión externa de disfunción familiar (3). Otros autores consideran que el síndrome se define como la forma extraña de lesiones no accidentales, deprivación emocional en niños, o ambos factores ocasionado por sus padres o tutores principalmente. (7).

La frecuencia real de este síndrome no se conoce exactamente, considerándose por algunos autores (2) que las muertes por maltrato, ocupan el segundo lugar después del síndrome de muerte repentina en los lactantes menores de 6 meses, y después de los accidentes en los niños de mayor edad; de éstos, el 20 y 35% sufren grandes secuelas neurológicas, problemas psíquicos y del intelecto (cognoscitivos), así como secuelas físicas en los pequeños después de que sanaron de sus lesiones iniciales.

Se considera que el Abuso y Maltrato, son resultados de la interacción de 4 factores:

1. Niños que según sus padres son difíciles de tratar.
2. Familia aislada.
3. Progenitores que tienen la capacidad de maltratar o abusar.
4. Crisis desencadenante.

Los incidentes de abuso pueden ser aislados o múltiples considerándose que la pobreza sola, no constituye un descuido si la familia atiende a los hijos dentro de los límites de sus propios medios.

El maltrato y abuso puede ser de diferentes tipos:

Físicos; que entraña una lesión no accidental. El descuido o abandono físico que se refiere a la falta de atención de las necesidades del niño, Psicológico (Síndrome de Deprivación emocional) y el abuso sexual.

La deprivación y/o el maltrato aunados a procesos infecciosos, repercuten en el estado nutricional del niño. La presencia de desnutrición de II y III grados, con grados variables de anemia, hacen que éstos sean factores clínicos que pueden servir de apoyo para establecer el diagnóstico.

Es un hecho bien conocido, aunque no bien entendido ni estudiado, el que la deprivación emocional provoca detención en el crecimiento físico sin que exista enfermedad subyacente.

El pensar que la talla baja es la repercusión del estado nutricional deficiente, deja sin analizar el sufrimiento de una de las estructuras vitales del cuerpo humano: el Sistema Nervioso Central (SNC). Existe evidencia convincente de que la desnutrición grave en el primer año de vida puede ocasionar daño permanente del SNC.

Por otra parte, la desnutrición grado I que concurre con anemia, disminuye en los niños la habilidad para puntualizar, orientar y mantener el interés en el aprendizaje e incrementar su irritabilidad, fatiga y apatía.

La variabilidad y gravedad de los fenómenos infecciosos en estos niños es muy amplia y depende del tiempo de evolución del maltrato. (13).

El abuso sexual, que incluye cualquier actividad impuesta al niño por un adulto y que puede conllevar a violencia o no y el abuso y abandono emocionales y psicosociales, que aunque son difíciles de tratar y definir, produce claras alteraciones sobre en el re-



tardo de crecimiento y desarrollo, como resultado de privación ambiental y que incluye la desnutrición, englobándose en el llamado "Síndrome de Deprivación Emocional".

En nuestro medio no conocemos la frecuencia de este síndrome ni las repercusiones que tiene en los pacientes, y estamos seguros de que la primera posibilidad de identificar lo es pensar en que existe, sobre todo cuando los datos de la anamnesis no se correlacionan adecuadamente. (1), (2), (3), (4).

La agresión al humano por el humano, es parte habitual de la existencia (es lo más frecuente) todos la sufrimos, y todos la realizamos. Sus causas, aparentes, o reales, conocidas o sospechadas, dependen del tipo de agresión, del agresor y el agredido, o involucran no sólo a éstos individuos específicos, sino también a la sociedad que lo permite, condiciona o sobredetermina.

La agresión que ejerce el adulto sobre el niño, puede ser tal sutil o tan perversa, que por inconceivable, pase paradójicamente desapercibida.

¿Qué sucede en nuestro medio? Desgraciadamente no se cuenta con estudios serios sobre el tema y la literatura médica referente al mismo, es escasa. Esto no significa que el problema no exista en nuestro país.

Al considerar el síndrome del Niño Maltratado, el médico tiene que valorar correctamente dos elementos: el niño lesionado, y el padre agresor.

Debe recordarse que el daño físico por el cual se solicita generalmente la consulta, es sólo un aspecto del abuso sobre el niño, que con mucha frecuencia incluye también privación nutricional, confinación forzada dentro de la casa, privación emocional, abuso sexual, administración de medicamentos innecesarios, o de tóxicos, o supresión de medicamentos necesarios. (14).

Idealmente el niño en peligro de sufrir agresiones debería ser detectado antes de que ocurriera el daño.

Existen datos que pueden alertar al médico a este respecto, como trastornos de la alimentación en la lactancia, llanto frecuente, vómitos, o deficiencia para ganar peso inexplicables; la presentación de cuadros frecuentes de "dermatitis del pañal" con ulceraciones o cicatrices; antecedentes de ingresos a diversos hospitales por síntomas variados que no se comprobaron durante el tratamiento. En niños de edad preescolar se relata la ingestión accidental de remedios caseros o de medicamentos, y en niños de edad escolar se encuentra distracción en las clases, retardo en el aprendizaje, apariencia descuidada, apatía, con comportamiento inadecuado, faltas de asistencia a la escuela, y con frecuencia malformación física.

Los padres y las familias que potencialmente pueden convertirse en agresoras tienen también ciertas características, de las cuales las más constantes son las siguientes: madre soltera sin ayuda económica, padres muy jóvenes con depresión mental; padres que experimentaron durante la niñez la falta de uno o de ambos progenitores, antecedentes criminales, alcoholismo o drogadicción, pobreza o malformación física.

Entre los factores ambientales, se observó que el desempleo, hacinamiento y sobrepoblación, son causas desencadenantes de agresión.

Esto está en relación con el estudio de Gill, realizado en 1977, el cual concluye que el abuso del niño ocurre más frecuentemente entre los grupos minoritarios y de escasos recursos, ya que éstos viven en condiciones de mayor frustración y tensión en su vida cotidiana.

Sin embargo, podríamos señalar que el Síndrome del Niño maltratado, no es una enfermedad de la pobreza, es una enfermedad de la humanidad, ya que no es característico de ninguna clase socioeconómica.

El único elemento existente, organizado, que puede tomar una acción inmediata es el hospital, y de ahí, debe partir la iniciativa, incluyendo la participación de equipo inter y multidisciplinario en nuestro medio, formados por Pediatras, Psicólogos, Psiquiatras, Juristas y Trabajadoras Sociales; la educación del cuerpo médico, la protección del niño que llega a la institución, programas para la rehabilitación de los padres, intervención de la vigilancia posterior del paciente, establecimiento de contactos con otros hospitales, agrupaciones privadas y oficiales, sistematización de estudios y su relación con la información psicossocial. (11).

Maltrato y abuso en el niño desde el punto de vista sociológico.

Niños golpeados, quemados, violados o asesinados, se encuentran en cualquier parte, constituyen uno de los crímenes más violentos.

Según los datos de una investigación reciente realizada en México, 40 de cada 100 niños mexicanos mueren a consecuencia de los castigos recibidos. Estos casos se dan en distintos grados y en todas las clases sociales, "pero adquiere mayor gravedad entre los sectores más empobrecidos, desde el hacinamiento, el alcoholismo, la drogadicción, el analfabetismo, y la miseria, son, por lo general comunes denominadores de los hogares donde se registran estos hechos.

Agustín Palomares autor del libro: "Niños maltratados, nuestras indefensas víctimas" nos dice: Que los golpes y todas las formas de maltrato físico se traducen en agudas lesiones psíquicas que suelen ser irreversibles: Provocan en el niño una creciente dificultad para el aprendizaje y distorcionan en forma decisiva el desenvolvimiento normal de su capacidad de percepción y conceptualización, produciendo también pérdida de memoria y del sentido de la realidad.

El encadenamiento y la interrelación de todos estos factores, y su agravamiento progresivo, hacen que el niño acepte la imagen que de él tienen sus padres, cree que en realidad merece ser castigado porque es malo, y no actúa correctamente. Eso promueve en él, una actitud permanente de inseguridad, hostilidad, desconfianza, y temor, que paulatina mente lo convierte en un ser resentido, desinteresado e indolente. Estos hechos lo conducirán más tarde a adoptar conductas agresivas, que seguramente lo llevarán, cuando llegue a adulto, a repetir en sus hijos, los mismos patrones agresivos que conoció en su infancia.

Con lo expuesto hasta aquí, podemos ya tener un concepto de lo que sería un niño o una niña golpeada, desde el punto de vista médico, pero sigue una pregunta en el aire: ¿Cómo la sociedad golpea a los niños y niñas?

Si partimos del hecho de que el hombre es un ser social por naturaleza y es precisamente el ser social, lo que va a determinar su conciencia en su interacción con otros hombres, en una sociedad en la que existe una estructura económica y un sistema político e ideológico determinado por las relaciones sociales de producción capitalista: no nos será ajeno el hecho de que esta sociedad de reproducción determina y define los valores, conductas y comportamientos de los hombres.

Desde esta perspectiva, nada es gratuito, todo tiene una explicación y razón de ser. El planteamiento nos lleva a analizar el problema de los niños golpeados tomando en cuenta las causas originales, partiendo del hecho de que la sociedad en la que vivimos es una sociedad violenta, en donde la violencia se da de manera cotidiana, incluso, institucionalizada, que no solo golpea a los niños o niñas, sino a los jóvenes, adultos y ancianos, a través de las contradicciones del mismo sistema de reproducción social existente.

Vivimos en una sociedad de clases en donde una minoría lo posee todo, y una mayoría no posee ni el más elemental derecho, que es el derecho a la vida. Una de las agresiones más fuertes que la sociedad ejerce sobre los infantes, es a especulación que se hace de los alimentos (incomprables para muchos), y las enfermedades que conlleva esta situación según cifras de la UNICEF (Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia) señalan que el 30% de todos los niños nacidos en el mundo subdesarrollado mueren antes de los 5 años de edad, debido a la mala nutrición y a enfermedades provocadas. Lamentablemente

mentalmente, por la contaminación del agua y del ambiente, como son las enfermedades infectocontagiosas y gastrointestinales, (sumados a los precios y a la crisis).

Según datos obtenidos en 1979 el 75% de los niños mexicanos carecen de una alimentación adecuada, y de los 2 millones de niños que nacen anualmente, un millón 500 mil, no tienen posibilidades de ser alimentados correctamente. Esto debido a diversas causas: La especulación de los alimentos, la tenencia de la tierra y el enajenamiento, las altas tasas de población en los países subdesarrollados y la desigual distribución del ingreso.

Con lo que respecta a la educación, ésta es elitista ya que las "posibilidades escolares de un niño, son menores si vive en un estado pobre y si pertenece a una familia de bajos ingresos,... el sistema educativo, lejos de contribuir a la igualdad social, tiende a reproducir las desigualdades de clase, puesto que los mayores niveles educativos corresponden, en general, a mayores percepciones en el mercado de trabajo y puesto que a mayores ingresos familiares mayor será el nivel educativo que, en general, alcanzará el niño, se crea un círculo vicioso, que tiende a perpetuar el estatus social de la familia y sus descendientes". (Volvínik).

Una de las formas más violentas en que la sociedad y sus instituciones golpea a los infantes, se da a través de su fuerza de trabajo; el niño y la niña tienen que trabajar a la edad en que deberían estar jugando y estudiando.

Estos ejemplos se nos presentan diariamente en las calles de nuestra ciudad: niños tragafuegos, limpia parabrisas, los vende flores, vende chicles, los "mil usos", los que duermen cubiertos por un periódico en los portales de nuestra ciudad para llenar la curiosidad de los turistas y la indiferencia de un sistema político y económico que no

crea perspectivas ni soluciones.

Tenemos también los ejemplos rurales, en donde el niño campesino abandona la escuela para ir con sus padres sin que reciba un salario, ni ninguna protección.

Dentro de este contexto la institución familiar como reproductora ideológica de esta sociedad y de la que en parte hemos hablado, no es la única responsable de la situación; no se debe juzgar el problema de la violencia contra el niño como un problema de bondad o de maldad, no se debe ver con ojos moralistas, sino se debe analizar desde el punto de vista de un sistema socioeconómico en descomposición y de sus repercusiones a todos los niveles de la sociedad.

Otra de las formas más conocidas de agresión hacia la niñez son las que presentan los medios masivos de comunicación, distorcionando la realidad del niño a través de las historietas, las series de televisión, los cuentos y las películas infantiles, donde se refuerzan una serie de valores que no corresponden a su realidad, ni a su estilo de vida, inculcando la violencia y el mundo del superhombre, el consumo y la competencia.

Por otra parte y a pesar de que en la ONU desde 1959 se da la declaración de los derechos del niño, se reproducen los casos tanto en México como en el resto del continente de niños torturados, secuestrados, desaparecidos y asesinados por el régimen en el poder.

Por último, a los niños no solo se les castiga, agrede o violenta a través de los golpes corporales, sino también se les golpea verbalmente, se les presiona, se les somete a un mundo de competencia, se les educa para el consumo, se les amenaza, se les discrimina "por indio y prietito", no se les respeta ni se les toma en cuenta, se les forma inseguros, acomplexados, les repetimos que no entienden y que no piensan en una palabra no se les deja "SER".

## DEFINICION Y CLASIFICACION

Actualmente se considera en este Síndrome, a todos los niños que sufren lesión física o mental, abuso sexual, trato negligente, o abandono de todo individuo menor de 18 años, por parte de sus padres, cuidadores u otras personas responsables del niño bajo circunstancias indicadoras de peligro o amenaza para la salud y bienestar del mismo.

Panorámicamente hablando, puede ser dividido principalmente en abuso físico y mental de donde se desprenden el abuso emocional, sexual y corporal.

### MALTRATO FISICO

El maltrato físico, o traumatismos no accidentales infringidos por un cuidador pueden ser de varios tipos: magulladuras, quemaduras, traumatismos craneales y similares; su severidad oscila desde mínimas magulladuras hasta hematomas subdurales fatales.

### NEGLIGENCIA EN LA ALIMENTACION.

O la hipoalimentación deliberada, es la causa de bajo peso en la infancia. Aproximadamente la mitad de los casos del fallo de crecimiento se deben a ésta única causa.

### ENVENENAMIENTO O INTOXICACION INTENCIONAL POR DROGA.

Se refiere a la administración a un niño, de una droga prescrita pero perjudicial y no indicada para uso infantil, como también compartir con ellos drogas ilegales.

### NEGLIGENCIA EN LAS RECOMENDACIONES MEDICAS

Indicadas a los niños con una enfermedad crónica trata



ble, puede llevar a un serio deterioro de su estado y requerir una supervisión respaldada judicialmente, o su ingreso en un centro de adopción.

#### NEGLIGENCIA EN SU SEGURIDAD

Constituyen negligencia infantil, si hay una notoria falta de vigilancia, especialmente si el niño afectado es menor de 3 años. Otras formas raras de abuso infantil son: la deshidratación hipernatrémica por privación de agua, la hipotermia por castigos con agua fría, y el Kwashiorkor secundario a dietas de ciertas sectas religiosas.

#### ABUSO SEXUAL.

Tiene normalmente un contexto familiar (incesto), y es probablemente el tipo de abuso infantil que queda sin diagnosticar la mayor parte de las veces.

#### MALTRATO EMOCIONAL

Es el rechazo, o las reprimendas continuas a un niño por parte de sus cuidadores. El lenguaje violento, forma habitualmente parte de este cuadro.

## IDENTIFICACION DEL NIÑO MALTRATADO Y MANIFESTACIONES CLINICAS

Los médicos tienen que ser capaces de reconocer a los niños maltratados en sus diversos tipos, y de confirmar el diagnóstico. Su reconocimiento es especialmente importante en los seis primeros meses de vida del niño, ya que un error en la identificación aumenta enormemente el riesgo de un desenlace fatal.

Los médicos tienen tres responsabilidades hacia los niños maltratados; Detección o identificación, denuncia y prevención.

Muchos casos se identifican al principio por la inseguridad que se advierte en los padres que no suelen saber cuándo, ni dónde su hijo se ha hecho daño. Generalmente ofrecen una explicación poco satisfactoria, son frecuentes las contradicciones entre los relatos del grado de lesión y los signos físicos que presenta el niño y las versiones que ambos proporcionan, así como la diferencia que presenta el niño en el grado de desarrollo con lo manifestado.

No pasar por alto la falla de crecimiento; que en un 70% aproximadamente se debe al descuido nutricional de los lactantes.

En algunos casos la madre relata que el niño ha estado vomitando y con diarrea, lo que no se confirma durante la estancia del niño en el hospital; generalmente los padres no han querido con anterioridad cuidados médicos para su hijo y las vacunaciones no están en regla.

## CARACTERISTICAS DEL NIÑO MALTRATADO

RETARDO DEL CRECIMIENTO. La estatura ponderal está de manera distanciada en alrededor de 30% de los casos; esta característica tiene un valor invariable y puede ser el único signo que permitirá la identificación de cuidados adecuados.

PROBLEMAS DE DESARROLLO. En más del 50%, los niños muestran ésta característica del retardo del desarrollo que se trata de: retardo a nivel de la motricidad, de retardo en la esfera del lenguaje, retardo de la maduración socioafectiva, que se traduce por problemas del comportamiento (irritabilidad, crisis colérica, primer paso de la tolerancia a la frustración, miedo exagerado de los adultos, carencia racional profunda, comportamiento predelincuente, en niños de edad más avanzada) todas estas desviaciones del comportamiento y del desarrollo representan las consecuencias o las secuelas funcionales mayores de la inserción prolongada del niño en un medio abusivo, en donde la rigidez, la corrección y el castigo, son de características bien conocidas.

#### OTRAS CARACTERISTICAS

Se refieren al niño con malformaciones congénitas, desnutrición, alguna enfermedad crónica, procesos metabólicos, enfermedades malignas, infecciosas o sistémicas, así como retraso psicomotor.

## CARACTERISTICAS DE LOS PADRES AGRESORES.

Mucho se ha considerado a las características de los padres agresores, y se han propuesto como predisponentes:

El factor socioeconómico, haber sido golpeados cuando niños, la autodevaluación, el aislamiento social, desconfianza para con el medio y la facilidad de expresión de los impulsos agresivos pueden ser incluidos en cualesquiera de los patrones de personalidad siguientes: Crónicamente agresivos, compulsivos, y de tipología pasivo-dependiente, tienen en común, que la mayoría fueron educados bajo un ambiente de Depriación Social, poseen una estimulación inexacta de las habilidades de sus hijos y padecen un defecto del carácter, que les permite expresar su agresividad con anormal facilidad.

Otras causas menos comunes, pero que corresponden a crisis y son requisitos para que el maltrato a los niños se efectúe son:

a) Madres solteras, o bien, las jovencitas que al sufrir maltrato (ej. violación) quedan embarazadas y por lo tanto no desean a esos hijos "ilegítimos".

b) Madres que no tienen un oficio que no les permite ocuparse de ellos (prostitutas).

c) Estado civil de los padres, como por ejemplo, la separación o el divorcio.

d) La muerte de un familiar.

## PREVENCION

Puede identificarse precozmente un grupo de padres de alto riesgo, incapaces de dar amor y los cuidados adecuados a

sus hijos, si se presta atención a detalles como el maltrato previo a otro hijo, la drogadicción, o una enfermedad psiquiátrica importante en una madre primeriza, los comentarios negativos de los padres sobre el recién nacido, la falta evidente de instinto maternal, las visitas infrecuentes al neonato cuya alta se prolonga por prematuridad o enfermedad, la azotaina a un lactante o la negligencia importante de la higiene infantil.

El maltrato y el descuido graves, se pueden prevenir si éstas reciben una información intensiva del cuidado del niño, que incluya clases prenatales, contacto precoz de la madre y el niño, especialmente inmediatamente después del parto, aumento del contacto de los padres con los prematuros, ayuda adicional si el niño tiene cólicos del lactante, revisiones más frecuentes, consejos en relación a su educación, visitas a enfermeras de Salud Pública, guarderías, en las que los bebés y los niños pequeños pueden recibir cuidados por corto espacio, de enfermedades agudas, teléfonos salva-vidas, concertación de asistencia de hospitales de día y asesoramiento en Planificación familiar.

## O B J E T I V O S

- Conocer la frecuencia del Síndrome en esta unidad hospitalaria.
  - Tratar de conocer las características del niño agredido.
  - Conocer el tipo de lesión o lesiones más frecuentes.
  - Establecer los datos que sugieren el diagnóstico.
  - Promover, ante la sospecha de "Maltrato al niño, las medidas adecuadas para el tratamiento médico, psicológico y de Rehabilitación.
  - En lo que se refiere al aspecto psicológico; analizar la dinámica familiar y conocer las alteraciones psicológicas del niño y de los padres o tutores.
  - En lo referente al aspecto social; conocer el Nivel Socio-económico y Cultural de la familia.
  - En cuanto al aspecto legal; señalar qué instituciones especializadas en nuestro estado, pueden atender éstos casos, y sus funciones en cuanto al manejo social.
  - Difundir en nuestro medio las Leyes o Reglamentos de Protección a los menores.
  - Proponer las bases para el manejo integral del Síndrome del Niño Maltratado.
- Demostrar que el maltrato físico no es lo más frecuente en nuestro medio, sino el abandono del niño, por parte de los familiares.

## H I P O T E S I S

## ALTERNATIVA:

El Maltrato y el abuso en los niños, existe en nuestro medio con una frecuencia semejante a la reportada en otros lugares del país.

## DE NULIDAD:

El Maltrato y abuso en los niños, es poco frecuente en nuestro medio, en relación a la reportada en otros lugares del país.

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

Este estudio es de tipo Prospectivo, el cual abarcó de enero a julio de 1988.

Se llevó a cabo en todos los pacientes en edad pediátrica con diagnóstico sospechoso de maltrato, abuso y abandono, llegándose a confirmar o descartar éste.

Se tomaron en cuenta todos los aspectos que incluyen el Síndrome de Maltrato en el Niño como son:

Niños desnutridos de tercer grado, niños con alteraciones psicológicas sospechosas, hijos de madres solteras y padres jóvenes, hijos no deseados, niños politraumatizados y quemados, hijos de matrimonios con problemas conyugales y, pacientes graves con sospecha de alguna forma de maltrato.



## PROCEDIMIENTOS DE CAPTACION DE LA INFORMACION

La información se captó por medio de una encuesta a través de una entrevista con los padres o tutores de los pacientes en estudio, y utilizando el expediente clínico correspondiente para recabar datos, los cuales se anexaron en nuestra historia clínica dirigida.

El recuento se realizó a través de tarjetas para cada paciente, las cuales fueron resumidas posteriormente por medio de cuadros incluidos en este trabajo.

NOMBRE \_\_\_\_\_ CEDULA \_\_\_\_\_ SEXO \_\_\_\_\_

EDAD \_\_\_\_\_ TALLA \_\_\_\_\_ PESO \_\_\_\_\_ ESCOLARIDAD \_\_\_\_\_

ESTADO NUTRICIONAL \_\_\_\_\_ DESARROLLO PSICOMOTOR \_\_\_\_\_

CARACTERISTICAS DEL NIÑO HIPERQUINETICO \_\_\_\_\_

SIN CONTROL DE ESFINTERES \_\_\_\_\_ MALFORMACIONES \_\_\_\_\_

OTROS \_\_\_\_\_

INGRESOS HOSPITALARIOS ANTERIORES. \_\_\_\_\_

ANTECEDENTES PERSONALES DE LOS PADRES:

EDAD MADRE \_\_\_\_\_ PADRE \_\_\_\_\_

GRADO DE ESCOLARIDAD MADRE \_\_\_\_\_ PADRE \_\_\_\_\_

ESTADO CIVIL DE LOS PADRES CADADOS \_\_\_\_\_ UNION LIBRE \_\_\_\_\_

SOLTERO \_\_\_\_\_ VIUDEZ \_\_\_\_\_ SEPARACION \_\_\_\_\_

FACTORES QUE INFLUYERON EN SU UNION \_\_\_\_\_

TOXICOMANIAS PADRE \_\_\_\_\_ MADRE \_\_\_\_\_

CLASE SOCIO ECONOMICA \_\_\_\_\_ DOMICILIO \_\_\_\_\_

HIGIENE HABITACIONAL \_\_\_\_\_ MIEMBROS FAM. \_\_\_\_\_

LUGAR DE PROCEDENCIA. PADRE \_\_\_\_\_ MADRE \_\_\_\_\_

EMBARAZO DESEADO SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_ PORQUE? \_\_\_\_\_

NUMERO DE GESTACION \_\_\_\_\_ EVOLUCION EMB. \_\_\_\_\_

LUGAR Y CONDICIONES AL NACER. \_\_\_\_\_ PESO \_\_\_\_\_

CARACTERISTICAS DEL AGRESOR  
ANTECEDENTES DE HABER SIDO MALTRATADO \_\_\_\_\_

AI SLAMIENTO SOCIAL \_\_\_\_\_ DESCONFIANZA \_\_\_\_\_

TENSION CONSTANTE \_\_\_\_\_

PERDIDA DE INHIBICION PARA MANIFESTAR SU AGRESION \_\_\_\_\_

PARENTESCO CON EL NIÑO \_\_\_\_\_

CRISIS DESENCADENANTE \_\_\_\_\_ MUERTE DE FAMILIAR \_\_\_\_\_

ESTADO CIVIL DE LOS PADRES \_\_\_\_\_ OTROS \_\_\_\_\_

CUADRO CLINICO.

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

El abuso y maltrato en el niño, generalmente no es diagnosticado, y en este estudio, como se mencionó en la justificación, se creyó necesario reconocer ésta patología, para lo cual se utilizó una Historia Clínica Dirigida a los casos que se creyó podrían ser compatibles con alguna forma de maltrato o abuso, teniendo en cuenta los factores pronósticos que ya se han investigado en otros estudios.

Los resultados nos muestran que de 45 casos estudiados, la mayoría llenó los requisitos para ser catalogados con alguna forma de maltrato, representando el 44%.

La Historia Clínica dirigida era muy ambiciosa en cuanto a la obtención de datos, sobre todo, para determinar la personalidad del tutor, demostrar la presencia de maltrato en el paciente, con patología grave, y antecedente de varios ingresos hospitalarios previos o la presencia de alguna malformación congénita.

En el estudio se observa que existe predominio del sexo femenino sobre el masculino, y del recién nacido y lactante, en relación a grupos de edad mayores.

También es importante mencionar que en la mayoría de los casos, la madre es la que ocasiona mayor agresión al niño, probablemente por ser la que más conviva con él.

El resto de los resultados se exponen a continuación en cuadros elaborados para tal fin, explicando en cada uno de ellos los datos expuestos, así como también la presencia de 3 gráficas que muestran porcentajes de algunas de las variables estudiadas, y finalmente se agregaron siete resúmenes clínicos más representativos de los casos estudiados en nuestro hospital.

1. DISTRIBUCION DE LA POBLACION POR GRUPOS DE EDADES DE LOS NIÑOS CON MALTRATO Y ABUSO.

EDAD	SEXO		TOTAL	%
	MASC.	FEM.		
Lactante y Recién nacido	13	15	28	62
Preescolar	4	10	14	31
Escolar	1	2	3	7
T o t a l	18	27	45	100

En este cuadro, se observa predominio del sexo femenino sobre el masculino, y predominio del R/N y lactantes, en relación a grupo de edad mayor.

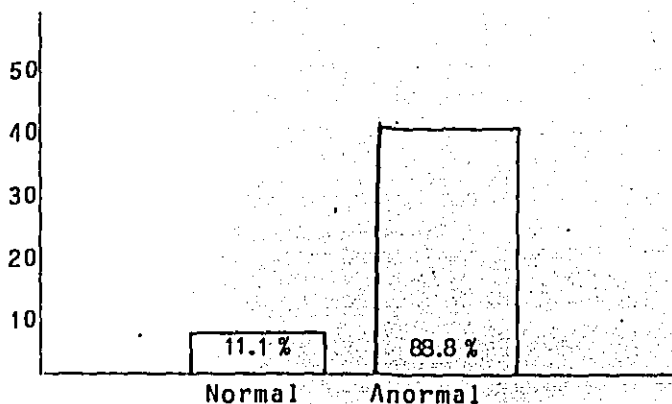
2. GRUPO DE EDAD DEL AGREDIDO VS PARENTESCO DEL AGRESOR.

EDAD	MADRE	PADRE	ABUELO	OTROS	TOTAL	%
Lactante y Recién nac	27	3	1		31	68.8
Preescolar	6	5		1	12	26.6
Escolar	1	1			2	4.4
Total	34	9	1	1	45	99.8

Lo más importante en este cuadro, es observar que los progenitores son las personas más agresoras, dominando la madre en 34 casos, siguiéndole el padre, apreciándose nuevamente que el grupo de edad más agredido es el lactante y el R/N.

### 3. DISTRIBUCION DE LA POBLACION SEGUN SU ESTADO NUTRICIONAL DE LOS NIÑOS CON M. Y A.

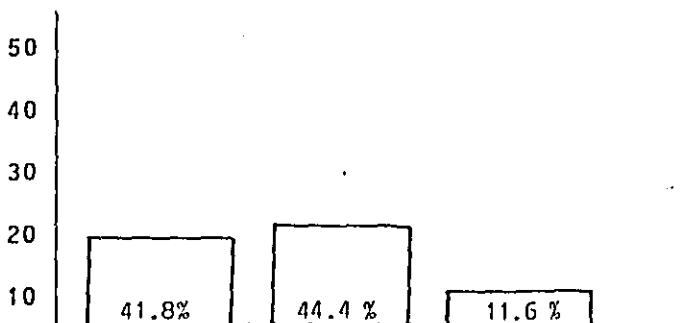
Nº. DE CASOS



En esta gráfica, observamos que el estado nutricional se consideró anormal en 40 casos (88.8%) y sólo 5 (11.1%) como normal.

### 4. DISTRIBUCION DE LA POBLACION SEGUN SU DESARROLLO PSICOMOTOR, DE LOS NIÑOS CON M. Y A.

Nº DE CASOS



En esta gráfica observamos que el desarrollo psicomotor del niño era normal en el 41.8% (18 casos) y anormal en el 44.4% (20 casos), no estando especificado en 5 casos.

5. DISTRIBUCION DE LA POBLACION SEGUN LA EDAD DE LA MADRE DE LOS NIÑOS CON M. Y A. ESTUDIADOS EN EL H.G.Z. NUM.1 OAXACA.

EDAD DE LA MADRE	Nº DE CASOS	PORCENTAJE %
19-23 años	7	15.5
24-28 años	14	31.1
29-33 años	13	28.8
34-38 años	4	8.8
39-43 años	4	8.8
44-48 años	1	2.2

En este cuadro apreciamos que tomando la edad cada cuatro años es mayor el porcentaje de madres entre 24 y 33 años en relación a los otros grupos de edad.

6. DISTRIBUCION DE LA POBLACION SEGUN LA ESCOLARIDAD DE LOS PADRES DE LOS NIÑOS CON M. Y A. ESTUDIADOS EN EL H.G.Z. #1 OAXACA.

	ANALFABETA	PRIMARIA	SECUNDARIA	MED.SUP.	SUPERIOR
PADRE	6	28	6	4	1
MADRE	7	26	8	3	1
TOTAL	13	54	14	7	2

El mayor porcentaje de escolaridad máxima de los padres fué la educación primaria en 54 casos, en 13 casos eran analfabetas y sólo 2 casos contaban con educación superior.

7. ANTECEDENTES DE TOXICOMANIAS EN LOS PADRES DE LOS NIÑOS CON M. Y A. ESTUDIADOS EN EL H.G.Z. Nº TAXACA.

	ALCOHOL	TABACO	AMBOS	DROGAS	NINGUNO	TOTAL
PADRE	34	15	2	2		56
MADRE	5	2	0	0		10
TOTAL	39	17	2	2		66

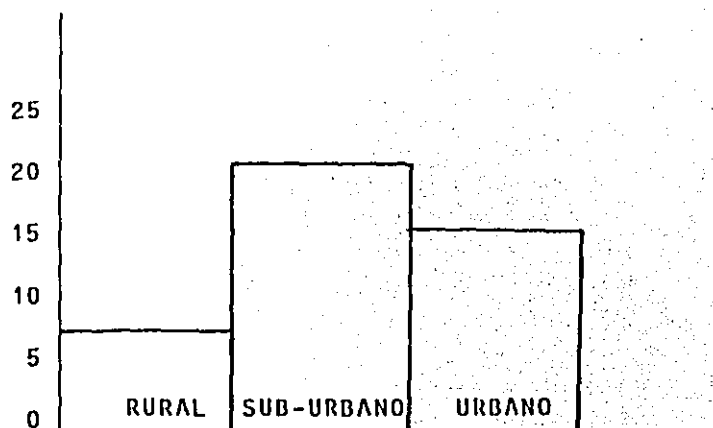
Las toxicomanías fueron dominadas por el alcoholismo, sobre todo en el padre en 34 casos, siendo el tabaquismo en segundo lugar (17 casos) encontrándose en 2 casos adicción a drogas.

8. DISTRIBUCION DE LA POBLACION SEGUN NIVEL SOCIOECONOMICO DE LA FAMILIA DE LOS NIÑOS CON M. Y A.

NIVEL SOCIO ECONOMICO	TOTAL	PORCENTAJE %
BAJO	0	0
MEDIO-BAJO	38	84.4
MEDIO	7	15.5
ALTO	0	0

La condición socioeconómica media-baja, ocupó en el 84.4% en general, seguida de la condición socioeconómica media y en las que no se reportó esta condición.

9. DISTRIBUCION DE LA POBLACION SEGUN SU PROCEDENCIA EN LOS CASOS ESTUDIADOS.



El lugar de procedencia sub-urbano fué superior en 21 casos - seguida del área urbana en 15, siendo mínima en el área rural.

10 OCUPACION DE LOS PADRES DE LOS NIÑOS CON M. Y A. ESTUDIADOS EN EL H.G.Z. Num. 1 OAXACA.

OCUPACION	PADRE	MADRE
EMPLEADO	28	5
OBRERO	6	1
CAMPESINO	4	0
HOGAR	0	29
NO ESPECIFICADO	3	3
NEGOCIO PRIVADO	1	1

Observamos que en 28 casos, el padre es empleado, en 6, son obreros, 4 campesinos, y en 3 no se especifica su ocupación. En relación a la madre, la gran mayoría (29 casos) se dedicaban al hogar, 5 trabajaban como empleadas y en 3 no se especificaba.



11 ESTADO CIVIL DE LOS PADRES DE LOS NIROS CON M. Y A. ESTUDIADOS EN EL H.G.Z. NUM. 1 OAXACA.

ESTADO CIVIL	TOTAL
CASADOS	25
UNION LIBRE	11
SEPARADOS	4
SOLTEROS	1
VIUDEZ	0

En el estado civil de los padres, se consideraron casados 25 casos, en unión libre 11, seguido de los separados en 4 casos y una madre soltera.

12 FACTORES QUE INFLUYERON EN LA UNION DE LOS PADRES

F A C T O R E S	TOTAL
POR DECISION VOLUNTARIA AMBOS	31
POR PRESENCIA DE EMBARAZO	7
ANTECEDENTES DE DOS HIJOS	2
ANTECEDENTE DE TRES HIJOS	1
OBLIGADOS POR LOS PADRES	1
OTROS	=
MADRE SOLTERA	1
PADRES SEPARADOS	4

En cuanto a las causas de unión, la mayoría refirió que había sido por decisión voluntaria (31 casos), en 7 porque ya existía embarazo, en 3 porque ya existían hijos de por medio y en 1 caso, fué en forma obligatoria.

13 GRUPO DE EDAD DEL AGREDITO EN RELACION AL LUGAR QUE OCUPABA EN LA FAMILIA.

NUMERO QUE TIENE EN LA FAMILIA	LACTANTE Y R.NAC.	PRE-ESCOLAR	ESCOLAR	TOTAL
PRIMOGENITO	7		0	8
INTERMEDIO	2		1	9
ULTIMO	20		1	26

Relacionado al lugar que ocupaba en la familia, apreciamos que en 26 casos era el último hijo de la familia, en 9 se consideró al intermedio y en 8 al primogénito.

14 PROMEDIO DEL NUMERO DE INTEGRANTES POR FAMILIA DE LOS NIÑOS CON M. Y A. ESTUDIADOS EN EL H.C. Num. 1 OAXACA.

NUMERO DE MIEMBROS POR FAMILIA	TOTAL
3	5
4	4
5	14
6	8
7	6
8	4
9	2

El número de integrantes por familia en su mayoría está dado por 5 (14 casos), 6 en 8 casos, 7 (6 casos) y en 2 familias 9 integrantes.

15 NUMERO DE EMBARAZOS DESEADOS Y NO DESEADOS Y LAS CAUSAS MAS FRECUENTES.

EMBARAZOS DESEADOS		EMBARAZOS NO DESEADOS	
TOTAL	11	TOTAL	32
CAUSAS DE EMBARAZO NO DESEADO			
1.- EMBARAZO NO PLANEADO . . . . .	21		
2.- FALLA DE D.I.U. . . . .	5		
3.- POR FACTORES ECONOMICOS . . . . .	2		
4.- ESPOSO NO ACEPTA NINGUN METODO P.F. . . . .	2		
5.- FALLA DE O.T.B. . . . .	1		
6.- FALLA ANTICONCEPTIVOS ORALES . . . . .	1		
7.- FALTA DE TIEMPO PARA ATENDERLO . . . . .	1		
8.- PLANES ABORTIVOS FRUSTRADOS . . . . .	1		

En este cuadro, observamos que la causa más frecuente de los embarazos no deseados, es el no planeado, siguiendo en forma decreciente la falla a distintos métodos de Planificación Familiar, y en 2, argumentándose causas económicas.

16 PROBLEMAS MEDICO QUIRURGICOS DETECTADOS EN LOS NIÑOS CON MALTRATO Y ABUSO DURANTE SU HOSPITALIZACION EN EL G.G.Z. Num. 1 OAXACA.

1.- DESNUTRICION DE II Y III GRADOS . . . . .	41
2.- ANEMIA HIPOCROMICA . . . . .	20
3.- GASTROENTERITIS . . . . .	19
4.- DESHIDRATACION . . . . .	10
5.- RETRASO EN EL DESARROLLO PSICOMOTOR . . . . .	17
6.- INFECCION DE VIAS URINARIAS . . . . .	7
7.- PARASITOSIS . . . . .	7
8.- FIEBRE TIFOIDEA . . . . .	3
9.- BRONCONEUMONIA . . . . .	3
10.-DERMATITIS DEL PAÑAL . . . . .	4
11.-BRONQUITIS . . . . .	2
12.-BRONQUIOLITIS CON INSUF.RESP.SEVERA . . . . .	1
13.-SINDROME NEFROTICO . . . . .	2
14.-HEPATITIS ACTIVA . . . . .	2
15.-QUEMADURAS DE SEGUNDO GRADO . . . . .	2
16.-SINDROME DE DEPRIVACION SOCIAL . . . . .	2
17.-CONJUNTIVITIS BILATERAL . . . . .	2
18.-P.C.I. . . . .	2
19.-HIPOXIA NEONATAL . . . . .	4
20.-HERNIA UMBILICAL . . . . .	1
21.-T.C.E. CON PROB.HEMATOMA SUBDURAL . . . . .	1
22.-EMPIEMA DER.CON INSUF.RESP.SEVERA . . . . .	1
23.-AMPUTACION PARCIAL 4o. DEDO Y DEDO MEÑIQUE MANO IZQ. . . . .	1
24.-ANO IMPERFORADO . . . . .	1
25.-HIDROCEFALIA CON ENCEFALOCELE OCCIPITAL . . . . .	1
26.-SINDROME ARNOLD CHIARI TIPO II Y PARAPLEJIA FLACIDA . . . . .	1
27.-C.I.D. CON INSUFICIENCIA RENAL A. . . . .	1

En relación a los problemas Médico-Quirúrgicos que se determinaron durante su hospitalización se catalogaron en Infecciosos 48 casos, Nutricionales 71 problemas congénitos;3, traumáticos 8 - casos y Patología variada 27 casos.

## CASOS ILLUSTRATIVOS

## CASO 1

Lactante mayor femenino de 1 año 7 meses de edad, traída a este hospital por la tía paterna.

Madre de 24 años de edad, contador privado, padre de 35 años de edad, escolaridad 3er. año de primaria, con alcoholismo moderado, nivel socioeconómico medio bajo, estado civil: casados.

Es producto de la G-I. P-I, con antecedentes de Hipoxia Neonatal, Microcefalia y deficiente desarrollo Psicomotriz, cursa con anemia moderada y desnutrición de 3er. grado. Traída por presentar quemaduras de 1º y 2º grados en cara interna de pierna y pié derechos al caerle la plancha caliente. ("la niña jaló el cordón).

La madre cursa con su segundo embarazo, la niña se encuentra a cargo de la tía paterna desde el año de edad la cual es madre soltera con un hijo de 6 años, por referir falta de tiempo por parte de la madre y molestias de su actual embarazo.

## CASO 2.

Lactante mayor femenino de 1 año 4 meses de edad.

Madre de 26 años, pasante de Enfermería. Padre de 26 años de edad, pasante de Medicina en Servicio Social, casados, con toxicomanías negativas, nivel socioeconómico medio bajo, producto de la G-II para II, embarazo no deseado ni planeado (falla de DIU).

Producto pretermino de 32 semanas que ameritó incubadora por mes y medio. Cursa con estrabismo convergente bilateral.

La madre trabaja como enfermera en un hospital rural y deja a la niña al cuidado de la abuela quien no le brinda la atención adecuada. Cuadro de inmunizaciones negativo. Antecedente de cuadros enterales frecuentes. Cursa con desnutrición y anemia.

1 hermana de 5 años de edad vive con el padre quedando a cargo de una tía mientras el realiza su servicio.

## CASOS ILLUSTRATIVOS

## CASO 3

Femenino de 2 años de edad, padre de 28 años, escolaridad primaria, policía, con alcoholismo positivo.

Madre de 29 años de edad, analfabeta, dedicada al hogar, casados. Producto del 4o. embarazo, parto normal. Embarazo no deseado. Producto de 7 meses de gestación con hipoxia neonatal, atendido en su domicilio.

Desarrollo psicomotriz deficiente. Antecedente de ingresos hospitalarios previos (en el hospital civil 3 meses y Sanatorio particular). por cursar con cuadros enterales frecuentes. En su expediente se encuentran los diagnósticos de: desnutrición de III grado, tipo Marasmático, anemia, parasitosis, gastroenteritis y bronconeumonía.

## CASO 4.

Lactante mayor femenino de 1 año 3 meses de edad.

Madre de 21 años, escolaridad preparatoria. Empleada. Padre de 22 años, escolaridad secundaria, chofer. Con alcoholismo++ Estado civil: Unión libre, actualmente separados. Nivel socioeconómico bajo.

Producto del primer embarazo, el cual no fué planeado ni deseado. Producto de término, parto normal, atendida en el Instituto, antecedente de hipoxia neonatal y desarrollo psicomotriz lento.

Los padres viven separados desde los 6 meses de edad de la niña, ya que el padre se muestra agresivo hacia la madre debido al retraso psicomotriz de la hija, y no le proporciona cuidados ni afecto, al igual que la madre, la cual se muestra irritable y agresiva hacia la niña al sentirse desesperada.

La niña de encuentra a cargo de la abuela materna. Dx. P.C.I. Desnutrición III grado. IVU. con antecedentes de 9 ingresos hospitalarios previos.

## CASOS ILUSTRATIVOS

## CASO 5

Preescolar masculino de 2 años 8 meses de edad.

Padre de 28 años, escolaridad preparatoria. Empleado de Montajes. Toxicomanía negativas. Madre de 32 años de edad, escolaridad primaria, dedicada al hogar. nivel socioeconómico medio. Estado civil: Casados. Padre con tensión nerviosa constante. Producto de G-III P-III embarazo no planeado, por falla de anticonceptivos orales.

Antecedentes de cuadros diarreicos frecuentes.

Motivo de ingreso: Traumatismo craneo encefálico, contusión cerebral y probable hematoma subdural. Anemia y desnutrición de II grado.

El padre refiere que al estarse bañando, accidentalmente se resbaló y cayó, golpeándose en región occipital.

## CASO 6

Masculino de 2 año 2 meses.

Padre de 34 años, analfabeta, cobrador, con alcoholismo+++ y tabaquismo+. Madre de 26 años, analfabeta, dedicada al hogar. Viven en unión libre (2do. cónyuge). nivel socioeconómico bajo. Producto del 5o. embarazo, atendido en el Hospital Civil.

La madre refiere haber sido maltratada por sus padres, viviendo con una tía materna desde los 15 años trabajando como lavandera. Presenta neurosis de angustia, miedo y ansiedad. Refiere 2 hijos muertos de su unión anterior, a los 9 meses y 1 año de edad, por cuadro enteral y broncoaspiración. Una hija de 8 años de edad vive con la abuela materna desde el año de edad.

Con su actual esposo, tienen 2 hijos, refiriendo maltrato hacia el de 6 años (cursa con bronquitis y enuresis nocturna) el esposo la golpea, ausentándose constantemente y por varios días, transmitiéndole infecciones venéreas frecuentes. El niño cuenta con 12 internamientos previos por cuadros respiratorios frecuentes.

## CASOS ILLUSTRATIVOS

## CASO 7

Femenino de 1 año 1 mes de edad.

Madre de 30 años, analfabeta, con retraso mental.

Se desconocen datos sobre el padre.

Producto del primer embarazo, con Hipoxia neonatal.

Paciente con abandono total, por lo que es adoptada al mes de edad por un tío materno, casado, campesino, con esposa de 27 años y un hijo de 6 años.

Presenta cuadro diarreico de 3 meses de evolución. Desnutrición de III grado tipo Kwasiorkor, anemia hipocrómica Megaloblástica y dermatitis del pañal.



## COMENTARIO

El maltrato y abuso en el niño, existe en nuestro país con una gran variedad de manifestaciones.

Aparentemente, al revisar los diagnósticos, emitidos en los expedientes de los niños hospitalizados en nuestra institución existían muy pocos casos catalogados como tal.

Sin embargo, los resultados obtenidos en la investigación nos hacen ver, que si ponemos más atención en cuanto al interrogatorio de los pacientes que ingresan con enfermedades graves, accidentes y trauma, o siguiendo la evolución de los pacientes con malformaciones, o ingresos hospitalarios frecuentes, podemos encontrar, que la gran mayoría de ellos tienen evidencia de alguna forma de maltrato o abuso.

Encontramos que de 45 pacientes estudiados, el 44% son niños que llenan el requisito para sospechar maltrato, y que deberían haber sido vigilados con más cuidado, y no únicamente solucionando la enfermedad con la que ingresaron.

En el estudio, encontramos que el lactante es el grupo de edad más agredido, dominando en el sexo femenino, probablemente porque sea el masculino al que más se sobreprotege. Son generalmente la madre o el padre, los agresores principales de un gran porcentaje dominando entre estos dos, la madre, esto es debido seguramente a que en muchos de los casos, no hay un padre responsable del hogar.

En cuanto a la ocupación de los padres, tratando de correlacionar esto con el grado de escolaridad, podemos apreciar como dato importante, que generalmente corresponde a padres que son obreros o empleados, y que en el medio socioeconómico más bajo, como el campesino, es muy bajo el porcentaje, esto puede deberse a dos factores:

1.- Que estas personas no llevan a atender a sus hijos, y

por lo tanto no se puede establecer el diagnóstico.

2. A que realmente, son éstas personas las que quieren o aceptan a sus hijos.

Refiriéndome al estado civil de los padres, para tratar de relacionar esto con la causa de maltrato, encontramos que domina el porcentaje de los padres, que prefieren estar casados por algunas de las leyes, y en segundo lugar, los que viven en unión libre, por lo que podemos decir que el estado civil, no parece influir en el maltrato, ya que en el mayor porcentaje, se reportan casados.

Esto puede deberse también, a que este dato, dado por las personas a las que se les interrogó; sea falso.

En cuanto al problema de las toxicomanías como causa de maltrato en el niño, es notorio el hecho, de que un porcentaje mayoritario muestra al alcoholismo como una forma de alteración que pudiera propiciar el maltrato del menor, encontrándose solo en 2 casos, adicción a drogas, siendo un porcentaje mínimo.

Domina, como es lógico suponer, el alcoholismo en el padre, creemos que esto tiene relación con lo reportado en otras estadísticas, en donde se refiere que el alcoholismo es el mayor mal de la sociedad, y no es raro pensar que en gran parte a esto se deban las alteraciones familiares y el maltrato al menor.

Tratando de establecer el dato de que el niño agredido es aquel que proviene de una familia numerosa, encontramos en el estudio, que en la mayoría de los casos corresponde al último hijo de la familia.

En cuanto al total de población y el promedio por familia

esto es, que sean de familia numerosa, encontramos que el número de integrantes por familia, en su mayoría corresponde a 5 miembros o más, lo que está de acuerdo con lo reportado en relación a que éste tipo de niños pertenecen a familias numerosas.

En cuanto al sexo, corroboramos en primer lugar la predominancia en el sexo femenino, probablemente debido a que con frecuencia el niño primogénito o hijo único masculino es al que más se quiere en la familia.

Respecto a las alteraciones y maltrato sufridos por los pacientes, dominó el maltrato en forma de privación, en el cual se englobaron todos los pacientes que sufrieron Abandono Físico o Psicológico. En términos globales, podemos señalar: Es más fácil encontrar niños con alguna forma de maltrato de tipo de Privación, que traumatizados físicamente.

En el grupo de Privación, quedan incluidos todos los pacientes con descuido, abandono, o privación emocional, a los cuales no se les detectan huellas de lesión física.

Las secuelas más importantes que podrían demostrarse incluyen; Retraso Psicomotor y alteraciones psicológicas, que no se determinaron en el expediente. En cuanto a la escolaridad de los padres, en relación al maltrato, observamos que esto no es prioritario de las personas analfabetas, antes bien, es más frecuente encontrar el maltrato en los progenitores con alguna preparación académica, inclusive profesional.

Como comentario final, consideramos que las formas que adquiere el abuso y maltrato al menor, son muy diversas, y muchas de ellas muy difíciles de demostrar. Sin embargo, el estudio muestra que el problema sí existe, desde el caso del niño golpeado y abandonado, hasta el que sufre ataque sexual, pero es

difícil demostrar el abuso en su forma de maltrato psicológico, partiendo de la base, de que el progenitor es el responsable de la buena educación, alimentación y cuidado del niño. Podríamos decir que en un porcentaje muy grande, los niños sufren alguna forma de maltrato, por lo que deberá sospecharse éste. De cualquiera de las enfermedades mencionadas en el estudio u otras en donde el tutor o responsable, no haya puesto interés en mejorar la condición del niño; el médico por lo menos, debería aconsejar y llevar a cabo un estudio y seguimiento de la familia así como su adiestramiento y orientación, y en caso necesario, denunciar el abuso.

#### CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS

Todo el mundo sabe, que el niño es incapaz de sobrevivir por sí mismo; tanto menos, cuanto más pequeño es, y por ello depende de los cuidados y atenciones que le proporcionen sus padres, o quienes los substituyan en ésta tarea, trascendente de la formación del hombre por el hombre. Tarea que también incumbe a los encargados de vigilar su salud y su educación, como son principalmente los médicos y los educadores.

En la historia natural de hombre, pueden distinguirse 3 etapas fundamentales:

- 1.- La de crecimiento y desarrollo somatopsíquico y social, que ocupa los primeros 18 años de la vida.
- 2.- La madurez, que comprende la edad adulta y;
- 3.- La de la declinación o senectud.

La primera se caracteriza por el predominio del anabolismo la progresiva adquisición de conocimientos, destrezas y capacidades, la obvia dependencia de sus familiares para satisfacer sus necesidades básicas de vida, y la mayor incidencia de con-

diciones patológicas, más de las veces, precisamente de su inmadurez biológica, mental y social.

Pero si por desgracia, durante esta primera etapa, por cualquier razón se encuentra en un ambiente hostil, en donde ni el padre ni la madre, se preocupan por su formación, pero sí en cambio, es objeto de abuso, por parte de ellos.

En estas circunstancias el niño se encuentra en la deriva y desprotegido, ya que no existen organismos gubernamentales encargados de proporcionar el apoyo correspondiente y las asociaciones civiles no tienen la capacidad suficiente para realizar tal función, entonces la problemática generada es mayor.

Los países que tienen soluciones contempladas en todos los aspectos de la enfermedad sugieren con elegancia; el tratamiento adecuado del niño que sufre maltrato, tiene como objetivos inmediatos reparar el daño físico (algunas veces nutricional) y prevenirle lesiones ulteriores. Como objetivos mediatos: rehabilitar a la familia. Sin embargo para conseguir tales fines, son menester personas sensibilizadas, organismos gubernamentales, leyes específicas, y por supuesto erogaciones de gran multitud de grupos multidisciplinarios.

Ante semejante perspectiva, parece que no es mucho lo que se puede hacer, si aceptamos que la solución ideal es la profilaxis. Pero, ser contemplativos, puede ser más peligroso que no combatirla.

No debe ser lucha de unos cuantos, debe hacer participación de las asociaciones de padres de familia, de médicos, asociaciones civiles, autoridades gubernamentales eclesiásticas y escolares, a fin de que cada quien, de acuerdo a la política propia, cumpla una misión, hasta lograr como principio conocer la incidencia, para después abatirla.

El médico no debe esperar a que se presenten conductas anormales o secuelas físicas o psicológicas, antes debe tratar de mejorar el buen manejo del niño desde la concepción y no sólo limitarse a dar un tratamiento, sino investigar y hacer uso de los recursos de que se dispongan para mejorar la buena conducción del niño.

El médico debe de tener la preparación suficiente para poder diagnosticar y sospechar los casos en donde exista negligencia o maltrato y por lo menos no estar de acuerdo con la conducta adoptada por los familiares del paciente. Por otra parte, evitar hasta donde sea posible mayor lesión en el paciente realizando las medidas necesarias en cada caso, e inculcar en todos, el pensamiento de que el niño tiene derecho a una vida mejor y sólo con responsabilidad podrá lograrse mejores niños, y como consecuencia, mejores adultos.

La participación de equipo inter y multidisciplinario formado por Pediatras, Psicólogos, Psiquiatras, Juristas y Trabajadores Sociales, la educación del cuerpo médico, programas para la rehabilitación de los padres, información intensiva del cuidado del niño, pláticas prenatales a los padres, orientación sobre la educación del niño, y asesoramiento de Planificación Familiar, forman parte de las sugerencias a realizar y poder prevenir este mal social y por lo tanto, prevenir secuelas ulteriores.

1. Berhman R.E. Vaughan V.C. Abuso y negligencia en el niño. Nelson. Tratado de Pediatría; 12a.ed. 1985; 101-105.
2. Loredó A.A. Reynés M.J. Carbajal R.L. Vidales V.C. Bolaños R.R. El niño maltratado. Una realidad actual en México. Acta Pediátrica de México. Vol. 5 Núm. 1 Inst. Nacional de Pediatría 1984; 28-37.
3. Burrington J.D. Abuso y negligencia contra los niños. Diagnóstico y Tratamiento pediátricos; C. Henry Kempe. 5. Ed. 1963; 857-861.
4. Moncerrada M. Aguilar S. Kitsu Ogasawara M. Pérez. V. Manzano Sierra Peña Alvarez. García Méndez. El niño maltratado Revista de la Facultad de Medicina. Vol. XXIII. Núm. 3 1980; 6-17.
5. Feigelson Ch. N. Un niño ha sido golpeado. La violencia contra los niños, una tragedia moderna. Ed. Diana. México. 1983.
6. Loredó A.A. El niño maltratado y con deprivación social y emocional. Medicina Interna Pediátrica. 1a. Ed. 1986. 479-494
7. Leventhal J.M. Risk Factors For Child Abuse. Pediatrics. Vol. 68 Núm. 5 1981.; 684-690.
8. Riemza M.E. Niggeman E.H. Medical Evaluation of Sexually Abused Children Pediatric. Vol. 69 Núm. 1 1982:8-14
9. Espinoza A. y Col. Síndrome del niño maltratado. Aspectos Médicos, Psicológicos y Jurídicos. Rev. Mexicana de Pediatría 1971.: 40-807.
10. Fontana V.J. The Maltrated Child. The Maltreatment Children Syndrome in Children. Springfield. C. Thomas. 1981.: 4
11. Altemier W.A. D. Connors. Vietze P.M. y Col. Antecedents of Children Abused. Journal of Pediatr. 1982. 100:823-829.
12. Marcovich K.J. Tengo derecho a la vida. Prevención e identificación del niño maltratado. Editores Mexicanos Unidos. Mex. 1981.
13. Loredó A.J. Reynés Manzur. Vidales V. El maltrato al menor. Una realidad creciente en México. Bol. Hospital Infantil de México. Vol. 43. Núm. 7 Julio. 1986. 215-224
14. Marcovich J. Urgencias en Pediatría. Síndrome del niño maltratado. Ed. Médicas. Hosp. Inf. de México 3a. ed. 1982. 492-496.