

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

11241
21

FACULTAD DE MEDICINA

DEPARTAMENTO DE PSIQUIATRIA Y SALUD MENTAL

“PSICOPATOLOGIA EN LOS PADRES CON HIJOS CON
DIAGNOSTICO DE MALTRATO FISICO ATENDIDOS EN EL
INSTITUTO NACIONAL DE PEDIATRIA”

TESIS PARA OBTENER EL DIPLOMA COMO ESPECIALISTA EN
PSIQUIATRIA

DRA. NANCY AIDEE OLIVO GUTIERREZ

TUTORES

DR. OSCAR SANCHEZ GUERRERO. DR. MIGUEL A. VILLAVICENCIO

ASESOR METODOLÓGICO

ASESOR METODOLÓGICO

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Decida tesis p/calificadas

15-11-2001

[Handwritten signature]

Calificada

8.5

22-12-2001

2003



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.

PAGINACIÓN DISCONTINUA

INDICE

	PAGINA
1.- JUSTIFICACIÓN	2
2.-INTRODUCCIÓN	3
3.-ANTECEDENTES	4
4.-EPIDEMIOLOGÍA	8
5.-ETIOLOGÍA	9
* FACTORES DESENCADENANTES	15
6.-CUADRO CLINICO	18
*CLASIFICACIÓN DEL MALTRATO INFANTIL	18
A) ABUSO SEXUAL	18
B) NEGLIGENCIA	20
C) ABUSO FÍSICO	21
a)SÍNTOMAS EN EDAD PRE-ESCOLAR	25
b)SÍNTOMAS EN EDAD ESCOLAR	26
7.-OBJETIVO	27
8.-MATERIAL Y METODOS	27
9.-ANALISIS ESTADÍSTICO	28
10.-RESULTADOS	29
11.-DISCUSIÓN	30
12.-BIBLIOGRAFIA	31
13.-CONCLUSIONES	36

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

JUSTIFICACIÓN

El síndrome del niño maltratado constituye un problema de Salud pública frecuente, que se agrava ante la presencia de trastornos psicopatológicos en los padres. Considerando que la existencia de dichas entidades en los padres es un factor de riesgo para la presencia de maltrato infantil, es de suma importancia, detectar su existencia oportunamente debido a que hay grandes consecuencias en los aspectos biológicos, psicológicos y sociales en los niños. Según las estadísticas a nivel mundial el abuso físico se ha incrementado en un 32% en el último año, y se sabe que la población pediátrica más afectada son los menores de 9 años. (62)

Los estudios realizados en varios países señalan que el Maltrato Infantil es un problema multicausal en el que intervienen las características del agresor, el medio ambiente que les rodea y un estímulo disparador de la agresión. Se han realizado diversas investigaciones con el propósito de determinar el perfil del agresor y de la víctima.

Por ello es necesario la detección oportuna de la existencia de psicopatología en los padres, para así iniciar un tratamiento integral no tan sólo de la víctima sino también de su agresor y de la familia.

INTRODUCCIÓN:

En la actualidad, la violencia es el problema más grave entre países, entre diversos grupos étnicos de un mismo país, en las mismas ciudades, y es también el problema más grave en la familia. Es esta última, el abuso que ejerce el hombre hacia la mujer y los padres hacia los niños, constituye el problema de Salud Mental más insidioso, grave y destructivo de nuestras sociedades.

De esta manera en el mundo y especialmente en Latinoamérica, el desarrollo sano y armónico de los infantes y adolescentes, es reconocido como uno de los componentes esenciales en la calidad de vida de los individuos, familia y grupos. ya que la satisfacción de las necesidades biopsicosociales de la población infantil y adolescentes, es fundamental para su futuro desarrollo y el de toda la comunidad.

Basados en la preocupación por el desarrollo sano de la infancia, múltiples autores han investigado sobre los diferentes aspectos del desarrollo físico y psíquico desde la niñez hasta la adolescencia, especialmente porque en este periodo se encuentran más vulnerables y dependen de la entrega de afecto, cuidados básicos, guía y protección por parte de figuras significativas al interior de la familia.

Los niños y adolescentes dependen de la custodia y respeto de los adultos quienes deben asumir deberes y obligaciones, especialmente aquéllas referidas a las relaciones de afecto.

De acuerdo con esto, surge la interrogante, ¿por qué aparece entre las personas el fenómeno del maltrato?, lo cual aparentemente resulta contradictorio con la función protectora de los adultos, y con la valoración que la sociedad debiera otorgar a los niños

ANTECEDENTES:

El maltrato infantil no es un problema de nuestra cultura actual, sino que es un fenómeno social que data de la antigüedad. Históricamente, la infancia ha sido víctima "privilegiada" de distintas formas de violencia dentro de su núcleo familiar, abuso de poder, negligencia y explotación económica o sexual.

Así, hablar del síndrome del niño maltratado es referirse a una de las patologías más diversas que puede existir ya que en su interpretación se engloba todo aspecto del conocimiento humano: historia, sociología, medicina, teología, psicología, etc (1)

A pesar de que los reportes de dicha entidad han recibido un interés insospechado en las últimas tres décadas, se sabe de su existencia desde que el hombre como ser vivo ha sido obligadamente niño en algún momento y ha recibido tanto el cuidado como el maltrato por parte de otro individuo. Dicho maltrato se pudo haber presentado de manera intencionalmente agresiva o a manera de ofensa dependiendo de factores culturales (2,3,4)

Existen innumerables ejemplos de maltrato al menor en diversas culturas y en todos los momentos históricos del desarrollo de la humanidad. A saber:

Aristóteles señalaba que *"un hijo o un esclavo son propiedad, y, nada de lo que se hace con la propiedad es injusto"*(5,6). Lo habitual en la Grecia y Roma de aquél tiempo, era que el padre tenía el poder sobre la vida o muerte de los hijos, y podía manciparlos a un tercero y abandonarlos sin que por ello sufriera castigo alguno. (7)

Durante siglos la agresión al menor ha sido justificada de diversas formas; se les ha sacrificado para agradar a los dioses o mejorar la especie, o bien una forma de imponer disciplina. (8)

En la historia encontramos mitos, leyendas y descripciones literarias referentes a la actitud de exterminio y maltrato hacia los menores. En la mitología se relata

que Saturno devora a su progenie y que Medea mata a sus dos hijos para vengarse de Jasón. En la Biblia se relata el caso de Abraham, quien estuvo a punto de sacrificar a su hijo Isaac, así como la matanza de los inocentes ordenada por Herodes (5,8). En la historia, en el siglo IV D.C. en la antigua Grecia, las niñas eran sacrificadas, en tanto que en Jericó los niños eran empotrados en los cimientos de las murallas, muros de los edificios y puentes, para supuestamente fortalecerlos (9) El código Mendocino describe diversos tipos de castigos que se imponían a los menores como pincharlos con púas de maguey, hacerlos aspirar humo de chile quemado, dejarlos sin comer, quemarles el pelo, largas jornadas de trabajo, etc (5). Asimismo, un rey de Suecia llamado Aun sacrificó a nueve de sus 10 hijos con el afán de prolongar su vida. El infanticidio también fue una forma de eliminar a los niños con defectos físicos; durante el nazismo se ordenaba matarlos con el fin de alcanzar la supuesta pureza de la raza, y en algunos como en China, se usaba para controlar la natalidad (5,10)

En la historia de las sociedades precolombinas, destacan los sacrificios de adolescentes y niños que llevaban a cabo los aztecas para calmar las deidades y así recibir favores de los mismos, por ejemplo, la llegada de lluvias abundantes y a tiempo, buenas cosechas, término de epidemias etc. En el tiempo de la Colonia, la Inquisición en América, mediante una amalgama educativa rígida, generó severas relaciones paterno-infantiles amén de su agresión a niños y adultos. (5)

Dentro de lo escrito, está el *Rhazes practica puerorum* que corresponde al primer tratado de pediatría que existe hasta hoy en día y que fue escrito alrededor del año 900 D.C. por un médico persa, quien mientras aprendía entre los niños de los hárams acerca de las hernias inguinal y umbilical, señalaba que era posible abandonar a los niños intencionalmente (11)

Margaret Lynch (9) describe casos de maltrato mencionados por el medico griego soranus en el siglo II, en tanto que otros fueron identificados en los siglos XVII. XVIII y XIX; por ejemplo, el de la pequeña Mary Hellen (1874), quien era cruelmente golpeada y encadenada por sus padres adoptivos. Ante esta situación sus vecinos decidieron llevarla a los tribunales, pero tuvo que ser representada por la Sociedad Protectora de Animales al no existir instancia legal alguna que la defendiera. A raíz de este suceso surge en Nueva York la primera sociedad para la prevención de la Crueldad en los niños y posteriormente se crearon sociedades semejantes en varios países (8,12) no obstante, el síndrome del niño golpeado fue descrito por primera vez en 1868 por Ambrosie Tardieu, catedrático de medicina legal en París, luego de realizar las autopsias de 32 niños golpeados y quemados (5,13). Posteriormente, en 1946 Caffey describió la presencia de hematomas subdurales asociados con alteraciones radiológicas de los huesos largos en los pequeños (5,8,12,13). Henry Kempe y Silverman,, en 1962, crearon la expresión *Síndrome del niño golpeado*, con base en las características clínicas presentadas por los casos que ingresaban en el servicio de pediatría del Hospital General de Denver, en Colorado. (14,15)

El espectro del síndrome se amplió, cuando Fontana (16) señaló que también es factible observar en estos niños una serie de alteraciones emocionales, carencia nutricional, negligencia en su atención general, etc. Por falta de atención del adulto. Este fenómeno que puede ocurrir de una manera aislada, o bien asociada con maltrato físico o abuso sexual se reconoce como "deprivación" social o emocional o ambas dependiendo del fenómeno existente.

La presencia de diversas formas de abuso sexual obligan a considerar esta problemática dentro del contexto integral del fenómeno que se está analizando en virtud de su elevada frecuencia y por la repercusión que dicha agresión tiene en las esferas emocional y social de los pacientes.(17)

Quedan por analizar los niños que son agredidos durante la guerra. Esta última situación, frecuentemente constituyen el blanco de violencia política; por este mismo motivo sufren de una involuntaria migración y tienen que vivir en refugios donde la mayoría de las veces los derechos del niño no son respetados. Estos fenómenos continúan observándose durante el siglo XX, y obviamente siguen afectando física y intelectualmente a los niños aunque a muchos gobiernos les cueste trabajo reconocerlo y aceptar sus efectos finales (18)

Una manera particular de abuso que recientemente ha llamado la atención es aquella en que el niño es sometido a un tipo de agresión física, psicológica o sexual por adultos que pertenecen a ciertas sectas sadicoreligiosas. (19)

De acuerdo con Finkelhor y colaboradores (20), en estos casos existe una creencia o religión que intenta crear un sistema espiritual y social muy especial a través de prácticas que involucran a los niños. Los niños que han sufrido el abuso ritual refieren haber participado en ceremonias de grupo, donde cantan salmos con adultos disfrazados y que usan máscaras, donde hay amenazas de poderes sobrenaturales que incluyen a Satanás o demonios, se llevan a cabo sacrificios de animales, se bebe sangre, heces fecales y orina, y se asesina a personas o animales.

Como se analizó anteriormente, el significado que cada civilización le ha dado al maltrato infantil, varía ampliamente según las características culturales prevalentes, siendo algunas veces condenado, pero otras abiertamente favorecido y legitimado.

En América Latina, en las últimas décadas, el tema de maltrato infantil ha tenido la atención de la opinión pública de los medios de comunicación e instituciones gubernamentales, alertando sobre la situación de los niños de la calle, el tráfico de ellos, la explotación de menores trabajadores, la drogadicción, la delincuencia, la violencia ejercida social e institucionalmente, el abuso sexual infantil y el maltrato físico y psicológico que reciben al interior de la familia. Así, se llega a aceptar que por cada caso detectado, existen otros diez casos que pasan desapercibidos.(21,22)

De esta forma, el maltrato es uno de los problemas relevantes relacionados con la infancia en todas las naciones, ya que la información aportada por investigaciones que existen en el ámbito nacional e internacional, permite afirmar que son muchos los niños y jóvenes que están siendo vulnerables en sus derechos, viviendo situaciones que les provocan daños importantes en su desarrollo físico, emocional y social. Esta situación es aún más impactante cuando se comprueba que ha sido parte del funcionamiento habitual de nuestra sociedad y de muchas familias, el asumir una cultura que legitima la violencia con los niños como una forma de resolución de conflictos, de educación y formación (23).

La violencia ejercida a la población infanto-juvenil, cuenta con muy pocos datos obtenidos por investigaciones de prevalencia, incidencia y factores de riesgo específico para cada comuna, ciudad o región de los países latinoamericanos, lo cual dificulta dimensionar la real magnitud del fenómeno. Esto requiere especial relevancia, ya que la mayoría de las veces al momento de abordar el tema, existe la tendencia a considerar estadísticas de países o regiones con realidades socio-culturales, étnicas, económicas y geográficas distintas a la región en la cual se quieren implementar programas de detección e intervención de este flagelo. (23) Además, se presentan problemas en la unificación de criterios ante la definición, denuncia y sistematización de datos que dan cuenta de la ocurrencia de maltrato infantil, utilizados por los distintos organismos que trabajan con el tema en cada país.

Como forma de suplir el déficit de investigaciones que aportan datos específicos para la realidad de cada región, algunas publicaciones se han basado en la extrapolación de tasas extranjeras, lo que además de significar un error estadístico manifiesto, por no ser poblaciones ni condiciones homologables, conlleva el riesgo de dimensionar en forma errónea los datos obtenidos, tanto en lo cualitativo como en los cuantitativo, e inducir a error en la planificación y programación de recursos.

Finalmente, considerando que las distintas regiones de las América y del mundo en general presentan variaciones culturales, geográficas y socioeconómicas; se hace imprescindible realizar estudios de prevalencia y de detección de factores de

riesgo de ocurrencia de maltrato infantil, para cada comuna o zona en particular. De esta manera, los programas interventivos que utilicen las instituciones que trabajan con el tema en cada país estarán basados en estadígrafos que reflejarán la realidad de cada región, aportando a la formulación de políticas en el sector salud (atención primaria y secundaria), y en los programas educativos de organismos gubernamentales y no gubernamentales relacionados con este tema. (24)

EPIDEMIOLOGIA:

En el transcurso de los últimos 20 años el Síndrome del niño maltratado ha alcanzado mayor atención por parte de los trabajadores para la salud, sobre todo en aquellas poblaciones donde el Síndrome ha alcanzado proporciones epidémicas.

Evidentemente se debe tener en mente que la importancia del problema se halla íntimamente relacionada con la historia del mismo a través del paso de los años en las diferentes civilizaciones. De esta manera es factible señalar sociedades que conocen muy bien este trastorno y otras que saben poco de él. Ella da cabida al pensamiento de Kempe " *pocos países estudian esta problemática y la mayoría la ocultan*" (15). Este modo de actuar de algunos gobiernos impide tener una idea clara de la magnitud del problema en todo el mundo.

Al analizar el problema en los países industrializados, obviamente ha de considerarse en primer lugar a Estados Unidos. En este país se cuenta con un registro de casos notificados, lo cual permite establecer cifras muy cercanas a la realidad. Tober (25) reportó en 1995 que el Departamento de salud y Servicios Humanos y la asociación Médica americana estimaron casi un millón de casos de maltrato (físico, emocional y/o sexual) que se presentan cada año; asimismo, de 2 500 a 5 000 muertes anuales por esa causa se presenta entre la población infantil. Finalmente, afirma que 22.6 de cada 1000 niños norteamericanos han experimentado alguna forma de maltrato y abandono. Se considera que en la actualidad de 1 a 2% de los niños de ese país son víctimas de cualquier modalidad de abuso, y aunque posteriormente se señalarán características específicas del problema, conviene saber que en dos terceras partes de los casos la agresión ocurre dentro del hogar.

En México se toma ya conciencia del problema entre la comunidad médica cuando aparece publicado el trabajo de Riojas y Manzano (29). Estos autores, emulando a Caffey, detectaron los casos a través de estudios radiográficos que como lo ha señalado el mismo médico americano "...son, en un momento dado, la voz del niño agredido" (30)

Posteriormente Espinosa y Cáceres (31) presentaron los resultados de un estudio, haciendo especial énfasis en los aspectos psicológicos y legales de los niños.

Evidentemente en nuestro país como en muchos otros las cifras de niños que reciben algún tipo de maltrato no son las más cercanas a la realidad debido a que la mayoría de los reportes no se efectúan de manera adecuada básicamente por desconocimiento por parte del personal de la salud. Esta situación ha condicionado que aún no haya una adecuada legislación sobre los derechos de los niños y sobre todo de las obligaciones del adulto para con él (10) Uno de los principales problemas a los que se enfrenta la sociedad médica para reportar los casos de maltrato es el temor por parte de los familiares o personas ajenas a la familia para denunciar los casos y. por otro lado nos enfrentamos a la aceptación social del castigo físico del menor como medio educativo y disciplinario. A pesar de estos puntos en contra, se han podido realizar algunas inferencias en base a la bibliografía mundial y en estudios recientes realizados en nuestro país para delimitar el marco epidemiológico.

ETIOLOGIA

Los estudios realizados en varios países señalan que el maltrato es un problema multicausal, en el que intervienen las características del agresor, el agredido, el medio ambiente que les rodea y un estímulo disparador de la agresión. (6,8,12)

Se han realizado diversas investigaciones con el propósito de determinar el perfil del agresor y de la víctima. Al respecto se ha encontrado que la figura parental que más arremete es la madre. Se describen algunas características del agresor tales como baja autoestima, individuos deprimidos o con tendencia a la Depresión, neuróticos, ansiosos, alcohólicos, drogodependientes, hostiles, con baja tolerancia a la frustración, con una percepción inadecuada respecto al niño y con antecedentes de maltrato en su niñez. (6,8,12) Además se sabe que:

9

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

- 1) el maltrato es más frecuente en familias numerosas y de bajo nivel socioeconómico. La estructura y dinámica familiar alterada también se consideran como predisponentes.
- 2) Presencia de características "especiales" por parte del menor: alguna discapacidad, bajo peso al nacer, malformaciones congénitas, retraso psicomotor etc (33)
- 3) Padres con cociente intelectual por debajo del promedio y/o con la presencia de alteración psiquiátrica, incluyendo el abuso de sustancias (34,35,36). En cuanto a lo que anteriormente comentaba, se considera a la madre como la principal agresora ya que, regularmente permanece en contacto con la mayor parte del tiempo. Es seguido por el padre y finalmente por otros cuidadores (familiares diversos, cuidadores, maestros, amigos, vecinos...(37). Los padres de los menores agredidos tienen edades que fluctúan entre la segunda y tercera década de la vida. Aproximadamente 15% de los agresores se reporta que fueron a su vez niños maltratados físicamente, productos de embarazos no deseados, madres solteras, son problemas de pareja, dificultades económicas y con rasgos o estructuras de personalidad con tendencias agresivas. (37)
- 4) Es más frecuentes entre los niños de 4 a 6 años, y en relación al sexo, antes de la adolescencia son más agredidos los varones y después de esta etapa las chicas.(34,35)

Son cuatro los marcos teóricos que han sido involucrados para tratar de explicar el origen y mantenimiento de la violencia intrafamiliar: (66)

1. Modelo del aprendizaje social
2. Modelo de la psicopatología
3. Modelo de la agresividad
4. Modelo sistémico

El *modelo del aprendizaje* postula que la conducta violenta es aprendida en el hogar, cuyos miembros la repiten posteriormente cuando forman sus propias familias. Aquellas personas que presenciaron escenas de agresiones verbales y físicas entre los padres y otros familiares tienden a repetirlas posteriormente con sus propios cónyuges e hijos; así, se explica la transmisión intergeneracional de la

violencia. Este modelo, sin embargo, no explica de modo suficiente los mecanismos que intervienen en la inhibición de la violencia. (38)

Según el *modelo psicopatológico*, el origen de la agresividad radica en factores intrapsíquicos, es decir, en cuadros de psicopatología sufridos por el agresor. Pero aunque en muchos casos de padres maltratadores es posible integrar un diagnóstico de enfermedad mental o de trastornos de personalidad, no hay un tipo específico de psicopatología presente en forma consistente en los progenitores violentos. (38)

El *modelo de la agresividad* estimulada aversivamente establece que la conducta agresiva más que ser aprendida, deriva del simple deseo de producir dolor, y es precipitada por una variedad de estímulos. (38)

El *modelo sistémico* es quizá el más completo de todos, pues explica el origen de la violencia como resultado de una dinámica familiar disfuncional, donde intervienen tanto factores individuales como relaciones interpersonales inadecuadas y elementos socioculturales. (38)

Para que se manifieste el maltrato al menos se requiere de la interacción de por lo menos tres elementos principales: El agresor, el sujeto pediátrico y los factores determinantes ambientales. (39)

Para determinar la existencia de psicopatología en el individuo agresor es necesario hacer un diagnóstico certero y fiable, para formularlo se debe conocer tanto como sea posible de los factores genéticos, biológicos, del desarrollo, sociales y psicológicos que pueden estar influyendo en el individuo para que presente un trastorno psiquiátrico. (38) El Diagnóstico y la valoración individualizada nos llevan al Diagnóstico preciso y se convierte en el material básico sobre el que se mide el grado de psicopatología del individuo maltratador. El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos mentales (DSM-IV), representa la clasificación estandarizada de los trastornos mentales, que se utiliza en Estados Unidos e Internacionalmente, y que se desarrolló originalmente para proporcionar una referencia codificada simple para los trastornos mentales. El DSM-IV facilita la evaluación completa al requerir que se recolecten las cinco categorías de información o "ejes" para cada individuo que se valora. (44)

Los ejes I, II, y III, son diagnósticos. El eje I se utiliza para observar la presencia de todos los trastornos clínicos que es objeto de atención clínica, el eje II abarca los Trastornos de personalidad y Retraso mental, el eje III menciona cualquier Trastorno físico o enfermedad médica general que se presente acompañado de un

Trastorno mental, el eje IV se emplea para codificar los problemas psicosociales y ambientales que contribuyen significativamente al desarrollo o a la exacerbación del trastorno específico, y, el eje V, es la escala de evaluación del funcionamiento global (GAF), en la que el clínico juzga el nivel de funcionamiento del paciente durante un determinado periodo de tiempo.

¿Es el comportamiento agresivo del hombre, producto de la época en que estamos viviendo? O como menciona Lorenz *"El hombre difiere del animal por el hecho de ser el único primate que mata y tortura a miembros de su misma especie"*. ¿Cómo se explica uno la agresión incontrolada del adulto sobre el pequeño, en razón de su proximidad, de su debilidad, de su dependencia?... El niño ha sido siempre el origen de un prospecto humano...¿es esta agresión no adaptativa y no programada, sino genéticamente la que constituye el verdadero problema y el peligro para la existencia del hombre como especie? (13).

En México, como en otros países, los castigos físicos y emocionales son comúnmente empleados por los padres en sus prácticas de crianza desde tiempos precortesianos. Con frecuencia es la madre quien asume la responsabilidad de disciplinar a los hijos, y en el ejercicio de su autoridad puede manifestar frustraciones derivadas de las represiones a que fue sometida en su propia crianza. Muchas de las madres maltratadoras son mujeres pobres, relegadas de la educación y de un trabajo bien remunerado, y fueron ellas mismas maltratadas por los padres, hermanos, esposos y empleadores. (40)

Un antecedente importante en los progenitores golpeadores es la historia personal de privaciones, negligencia y abuso físico en la propia infancia. El alcoholismo y las toxicomanías no son ingredientes esenciales en la personalidad del agresor, aunque con frecuencia lo caracterizan. Algunos autores opinan que el alcoholismo más bien es un trastorno psicosocial que agrava el problema, pero no lo determina. En los casos de madres maltratadoras, puede haber limitaciones cognitivas que propician el aislamiento social y dificultan la búsqueda de ayuda ante las situaciones estresantes que suelen desencadenar los episodios de maltrato. (40)

Foncerrada, plantea que una de las causas principales por la que los niños son abandonados, rechazados o maltratados, en gran parte es el rechazo de las

madres a procrear. En otras palabras, el tener un hijo no deseado, lo pone en riesgo de sufrir maltrato de parte de la progenitora. El mismo autor analiza la posibilidad de identificar en el periodo perinatal a las madres potencialmente maltratadoras. (41)

Otros determinantes de la conducta agresiva de un progenitor hacia el hijo son: la personalidad y el grado de bienestar emocional, experiencia en las prácticas de crianza, características del sujeto pediátrico, influencias socioeconómicas y fuentes contextuales de estrés y de apoyo. Las formas más habituales de maltrato infantil dentro de la familia corresponden a un patrón donde predominan las agresiones físicas. (42)

Numerosos aspectos del agresor han sido motivo de estudio. Entre éstos, destacan edad, sexo, nivel socioeconómico y cultural, antecedente de haber sufrido maltrato cuando niño, existencia de autoestima devaluada, aislamiento social, desconfianza, tensión constante y pérdida de la inhibición para manifestar la agresión. (46)

Con respecto a la edad del agresor, ésta en apariencia no constituye un factor de predicción en cuanto al comportamiento anormal, en las mujeres, el promedio de edad se halla alrededor de los 26 años y en varones es de 30 años con una desviación estándar de 10.7; y que el maltrato ocurre a pesar de que la mayoría de los progenitores agresores tiene una edad en la que la maduración biológica es ideal para procrear. (5,47)

En la mayoría de los estudios en que se ha encontrado maltrato físico, el agresor predominantemente es del sexo femenino y de éste, la madre constituye el principal agresor. Para tratar de explicar de una manera simplista el porqué una mujer, y específicamente la madre, es la que con mayor frecuencia agrede al menor, se ha recurrido a la idea de que el problema se desencadena debido a que la madre pasa mucho más tiempo con el niño que otros adultos. Fontana y Robinson (48) sugieren que la madre no tiene suficiente capacidad para ver a su hijo como un ente separado, por lo que resulta incapaz de aceptar la individualidad de éste.

Se ha demostrado que en México, una deficiente preparación puede condicionar desconocimiento de cómo atender a un recién nacido o a cualquier niño, hacer caso de tabúes o brujerías para evitar ciertos actos habituales en niños sanos

como llanto continuo, salivación excesiva, cólicos, etc, o bien se sigan patrones de conducta aprendidos en la propia infancia para manejar ciertas situaciones, predominantemente las disciplinarias. Aunque es lógico y entendible todo lo anterior, el fenómeno de maltrato no sucede de manera exclusiva como consecuencia del analfabetismo. En 1994 Loredo y Reynés (5) realizaron un estudio que demostró que los agresores no únicamente eran analfabetas, una proporción importante de agresores tenía educación primaria completa, aunque en la mayoría de los casos no fue posible documentar el grado de escolaridad, por lo que es necesario considerar que además del grado de escolaridad existen otros factores que generan maltrato.

En este estudio se encontró que la inestabilidad ocupacional de los padres agresores constituía un factor muy importante en la génesis de la agresión al menor. La escasa remuneración económica del trabajo, el horario requerido, la aceptación de la actividad, etc, son algunos de los factores que producen inseguridad, la cual repercute en el comportamiento general del maltratador. (5)

Pierce (49) encontró que el alcoholismo constituía un problema en 17% de los casos. Sin embargo, Weeks (50) no pudo establecer en su investigación que el alcoholismo o la farmacodependencia fueran un factor importante en la motivación del abuso sexual..

Estudios Recientes sugieren que las víctimas no son siempre objetos inertes sometidos al agresor, sino que también pueden participar en un complejo proceso de victimización inconsciente, determinado por el tipo de relación con la madre. Puede el sujeto pediátrico demandar de la madre atenciones especiales que no son satisfechas y desencadenan la agresión de ésta. También suele observarse que el menor maltratado desempeña el papel de "*chivo espiatorio*" dentro de la dinámica familiar, debido a sus características físicas no agradables, o por sufrir enfermedades crónicas o retrasos en el desarrollo psicobiológico, etc. (5)

Como consecuencia de las agresiones recibidas, estos niños suelen generar síntomas psicológicos propios de un trastorno por estrés postraumático, con rasgos paranoides y de desconfianza, escasa autoimagen, propensión a la depresión y al comportamiento autodestructivo y la dificultad en el control de impulsos.

Poco se ha descrito acerca del efecto del maltrato físico y la negligencia sobre los adolescentes,. Además de que es menos probable que estos casos sean denunciados, en comparación con los que ocurren en otras épocas de la vida. Con respecto a este tema, Argudo (51) plantea las siguientes observaciones:

- a. La incidencia del maltrato al adolescente iguala o supera la incidencia de maltrato en niños más jóvenes.
- b. Aunque se pueden encontrar todas las formas de negligencia y abuso, predominan los abusos psicológico y sexual
- c. Las niñas están en mayor riesgo de sufrir maltrato en el tránsito a la adolescencia, en tanto que en los varones el riesgo es mayor a edades más tempranas.
- d. No siempre queda claro si el maltrato en la adolescencia tiene su inicio a esta edad, o si es una continuación de patrones previos de abuso y negligencia.
- e. A diferencia de las familias donde se maltrata a niños pequeños, aquéllas donde se maltrata al adolescente no pertenecen predominantemente a las clases pobres.
- f. En las familias donde hay padrastro o madrastra, el riesgo de maltrato a los adolescentes es mayor que en aquéllas donde ambos progenitores son los biológicos.

A) FACTORES DESENCADENANTES:

Las situaciones de crisis precipitantes de la agresión suelen ser de tipo psicosocial como la pérdida del empleo, conflictos de pareja, muerte de un familiar, etc, eventos que el individuo no es capaz de controlar adecuadamente y generan desadaptación aguda y acciones agresivas. La crisis, por lo tanto, debe reconocerse y algo ha de llevarse a cabo para evitar que ocurra, aunque es muy probable que sin corregir el contexto integral que mueve al núcleo familiar, cualquier medida paliativa sea insuficiente y sólo se posponga el problema. (5)

Es casi seguro que la inestabilidad ocupacional de los padres sea importante como detonador para que el menor sea agredido. Un porcentaje muy bajo de agresores masculinos tiene una ocupación estable y en el caso del agresor femenino, la mayoría está dedicada al hogar (5). Esto supone, muy probablemente, una gran dependencia económica de otra persona. Es muy difícil precisar qué condiciona la conducta agresiva del mayor hacia el niño. Parece necesario realizar estudios en diferentes comunidades con el fin de obtener datos que permitan establecer conductas de manejo para todos los miembros de la familia.

Existen muchas formas de maltrato, las que varían de una cultura a otra, por consiguiente, un concepto de maltrato infantil debe ser suficientemente amplio

como para abarcar las distintas manifestaciones y respetar las diferencias culturales dentro de un marco valorico común. En general se consideran dos aspectos globales involucrados en su conceptualización. Por una parte, la violencia intrafamiliar y el maltrato constituyen una forma de poder ejercido en el contexto de las relaciones de dependencia que se dan en la familia; por otra, el maltrato afecta el bienestar psicosocial del niño, del adulto responsable del maltrato, de la familia y de su entorno social. (5)

Vale decir, la violencia intrafamiliar es productora y a la vez resultado de una importante disfunción del sistema familiar en el cual se produce, así como de los sistemas institucionales y sociales que la rodean. Los gestos violentos son la expresión de una situación de abuso de poder, pero también produce sufrimiento en el abusado, en los propios abusadores y las personas que los rodean. Así, cuando la expresión de violencia se transforma en un modo crónico de comunicación interpersonal, se producen una serie de fenómenos dramáticos que se manifiestan dentro y fuera de las fronteras familiares, como por ejemplo, niños maltratados, mujeres golpeadas, incesto y violencia sexual, toxicomanías, delincuencia juvenil, prostitución, entre otros. (24)

Diversos autores hacen referencia a las causas asociadas a la aparición del fenómeno de la violencia. La autora Mariana Argudo (51) propone como causas de la aparición del maltrato infantil en nuestra época, la desorganización familiar, falta de educación, carencias de recursos económicos, estrés, la ausencia de responsabilidad frente al menor, y el malentendido sentido disciplinario. Por otra parte Barudy, (52) propone que cuando el sufrimiento de las víctimas no puede ser verbalizado y socialmente reconocido, surge el riesgo que este dolor se exprese a través de comportamientos violentos sobre otras personas. Estos nuevos actos violentos producirán nuevas víctimas que podrán transformarse a su vez en nuevos victimarios.

Así, la complejidad de conductas involucradas en el maltrato al interior de la familia, sólo puede entenderse desde una perspectiva que analice el conjunto de factores presentes en una determinada situación.

DEFINICIÓN DE MALTRATO:

Partiendo de diversos eventos y sin existir aún consenso respecto del maltrato, las definiciones de éste, van progresivamente ampliando el concepto, y en los años siguientes se describen otras variadas formas de maltrato tales como incluir conductas que no solamente se refieren a actos de maltrato físico, sino que

comprenden también el abuso sexual y posteriormente las agresiones verbales y psicológicas, a las que luego se incorporan actos que por omisión o abandono producen daño a los infantes.

La definición de maltrato y su tipología nos confronta a dos preguntas esenciales:

- i. ¿En donde se sitúa el límite entre lo que es o no es maltrato?
- ii. ¿hasta qué punto hay que considerar las costumbres y la dimensión cultural?

Para responder a la primera pregunta se debe llegar al acuerdo básico que todos los niños tienen derechos a los cuidados físicos, psicológicos y sociales necesarios para asegurarse un desarrollo sano. Sólo basándose en este acuerdo, se puede reducir, en parte, la variable del relativismo cultural.

Un niño según la ley considerando como tal en este sentido a todo menor de 18 años; es maltratado o abusado cuando su salud física o mental o su seguridad, están en peligro, ya sea por acciones u omisiones llevadas a cabo por la madre, el padre u otras personas responsables de su cuidado, produciéndose entonces el maltrato por acción, omisión o negligencia.

Con relación a las definiciones empleadas por distintas Instituciones en diversos países, cabe considerar también las utilizadas por el Comité Interministerial de Maltrato Infantil en 1996 que lo define como "*una condición evitable que perjudica el bienestar biopsicosocial del niño y del adolescente que pueda ser atribuida a la acción u omisión de personas, instituciones y otros*". (28)

En cuanto a la tipología, se distingue entre interacciones maltratadoras activas o pasivas.

Las interacciones activas se refieren a los comportamientos y discursos que implica el uso de la fuerza física, sexual y/o psicológica, que por su intensidad y frecuencia provocan daño en los niños; en este caso, se habla de violencia por la acción. A diferencia de esta, el maltrato pasivo se refiere a la omisión de intervenciones y/o de discurso necesarios para asegurar el bienestar de los niños; este tipo de maltrato corresponde a situaciones de negligencia o violencia por omisión.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

CUADRO CLÍNICO

La entrevista debe de ser dirigida e individual con cada uno de los padres que se considera responsables del trauma y éste corresponde con el desarrollo psicomotor encontrado (ejemplo: caerse de la cama sin aún tener edad para girar), interrogatorios que concuerden o varíen, son considerados como de riesgo para maltrato infantil. También es necesario identificar el periodo de edad en el cual se está presentando el maltrato ya que dependiendo de esto, los niños presentan alteraciones a nivel del desarrollo psicológico.

0 a 2 años se considera lactante con un pensamiento Preoperacional

3 a 5 años se considera Pre-escolar

6 a 12 años son escolares y tiene un pensamiento Operacional consciente

CLASIFICACION DEL MALTRATO INFANTIL SEGÚN VARIOS AUTORES:

1. Loredó (6): agresión física, abuso sexual, Deprivación emocional, y, dentro de las formas poco comunes: Síndrome de Munchausen en niños, abuso fetal, abuso de tipo ritual o religioso, niños de la guerra y niños de la calle.
2. Martínez (62): Físico, sexual, Deprivación afectiva y Descuido.
3. Claussen (63): físico, psicológico y Negligencia
4. Suárez (64): Físico, Psicológico y social
5. Milling (65): Físico, Abuso sexual, Psicológico y Negligencia.

ABUSO SEXUAL

La violación y otras formas de agresión sexual son fenómenos cada vez más identificados en nuestro medio, aunque se ignora su verdadera incidencia debido al subregistro de casos, las repercusiones médicas y psicosociales de las agresiones sexuales, sobre todo cuando ocurre un embarazo, son de tales dimensiones que comprometen en futuro del menor y de la familia, por lo cual es necesario que el Pediatra las considere en su práctica clínica y asuma un papel activo en su estudio y tratamiento. (58)

Legalmente, se considera que ha ocurrido abuso sexual cuando, sin el consentimiento de la víctima y sin el propósito de llegar a la cópula, el agresor ejecuta en ella un acto sexual o la obliga a ejecutarlo, con el empleo de la

violencia física o sin ella. Ejemplos de abuso sexual son el exhibicionismo, la manipulación buco-genital, etc. En el estupro, se llega a la cópula con una víctima mayor de 12 años y menor de 18 años de edad, obteniendo su conocimiento por medio de engaño. La violación supone la realización de la cópula por medio de violencia física o moral con personas de cualquier sexo. (59)

En la ciudad de México, hay un promedio mensual de 300 delitos sexuales denunciados, 50% de los cuales se comete en menores de edad. El deliro más común es el abuso sexual, seguido de la violación, la tentativa de violación y el estupro. La mayoría de los casos de abuso sexual en menores tiene por victimarios a parientes o conocidos por la familia. El incesto constituye una variante de la violación, pero también puede serlo de abuso sexual, como ocurre en la paidofilia. El incesto más común es el cometido por el padre, seguido por el padrastro, el tío y hermanos mayores. En cuanto a los menores de 13 años de edad, 15% de las agresiones ocurre en la escuela, donde las más de las veces, el victimario es un empleado o un maestro.

Casi 50% de las víctimas de violación es adolescente, y la mayoría de ellas es del sexo femenino, en ocasiones, los victimarios de la agresión sexual son adolescentes con diversos tipos de cuadros psicopatológicos: reactivos, trastornos emocionales y trastornos de conducta. Muchos de los agresores fueron ellos mismos víctimas de maltrato físico o abuso sexual. (59)

Las conductas de los niños que se sabe han sufrido abuso sexual pueden incluir interés excesivo o evitación de todo lo que se refiere al sexo, problemas de sueño, depresión o aislamiento de amigos y familiares; actitudes seductoras, comentarios de que sus cuerpos están sucios o dañados, o miedo de que haya algo equivocado dentro de ellos o en el área genital; rehusarse a ir a la escuela, delincuencia, tendencia a tener secretos, datos de ofensas sexuales en dibujos, juegos y fantasías, y agresividad inusual; conducta suicida, y otros cambios conductuales graves. (59)

Se aconseja a los padres que digan al sujeto pediátrico que lo sucedido no fue su culpa y, enviarlos a una evaluación psiquiátrica.

El o la adolescente agredido suele mostrar miedo excesivo a los exámenes genitales o pélvicos, o quejarse de síntomas físicos vagos y persistentes. Se debe interrogar acerca de la posibilidad de abuso sexual frente a estos datos. La mayor parte de las víctimas de abuso sexual lo ha sufrido en repetidas ocasiones, a veces en el transcurso de años. Los factores psicodinámicos subyacentes a la agresión pueden ser comunes a otras formas de maltrato. (59)

Existen por lo menos cuatro circunstancias diferentes donde no hay evidencias claras ni directas de que ha ocurrido un episodio de abuso sexual, pero dónde está indicado que el pediatra realice algún tipo de investigación para descartar este diagnóstico.

1. cuando el niño no presenta síntomas que podrían estar directamente relacionados con el abuso sexual, el paciente es llevado a consulta por presentar signos como flujo vaginal, lesiones genitales, etc.
2. cuando el menor sufre de un síntoma que no está directamente relacionado con el posible abuso sexual, como se observa en casos de dolor abdominal inexplicable o de encopresis.
3. Cuando el paciente no manifiesta síntoma alguno, pero un hallazgo incidental a la exploración física así lo sugiere, como cuando un anillo himeneal aumentado de tamaño despierta la sospecha en el médico.
4. cuando no ha síntomas sugestivos de abuso, pero el clínico llega a saber que éste ha ocurrido ya sea por revelación del propio paciente o de otro miembro de la familia, sin que esto sea el motivo por el que el sujeto es llevado a la consulta.

Cuando ha ocurrido una violación, las manifestaciones y el grado del daño dependen de la violencia misma del ataque, la vulnerabilidad de la víctima y el apoyo disponible inmediatamente después de la agresión.

Las reacciones psicológicas inmediatas del adolescente violado puede consistir en crisis de llanto, inquietud, sentimientos de degradación y enojo, y cambios súbitos en el estado de ánimo. Algunos llegan a experimentar un trastorno por estrés postraumático con síntomas como pánico, ideación suicida y episodios de recuerdos vividos de la agresión sufrida o "flashbacks". En estos casos, el apoyo emocional es indispensable, evitar la hospitalización cuando es posible para prevenir la invalidez emocional, y supervisar la ideación suicida. Pocas personas emergen de la violación indemnes psicológicamente. Las reacciones de los padres de la víctima pueden ser tan agudas o más que las de la víctima. (59)

NEGLIGENCIA

La negligencia física es la forma de malos tratos que se notifica con más frecuencia. Esta consiste en que el cuidador no cubre las necesidades físicas básicas de un niño hasta un punto en el que estas omisiones pueden causarle daño físico. En la mayor parte de Estados Unidos se concretan las necesidades básicas en alimento, ropa y condiciones de vida higiénica. La segunda parte de la definición, que implica que la negligencia pudiera dar lugar a un daño físico, suele ser poco clara. Esta ambigüedad hace que muchos casos no sean notificados o lo sean de manera inadecuada según la interpretación que hace el observador.

La negligencia familiar consiste en que los padres no soliciten cuidados médicos inmediatos o no cumplan con una pauta médica prescrita que se considera importante para la salud y bienestar del niño. La negligencia emocional consiste en que no se proporcionen los apoyos emocionales necesarios, como el amor, la protección y la supervisión. Esta falta de protección puede dar lugar a accidentes o a la ingestión de sustancias tóxicas. La negligencia educativa incluye el hecho de que no se proporcione una estimulación intelectual apropiada o no se escolarice al niño. Las malas condiciones de vidas inseguras y el abandono pueden entrar también en el campo de la negligencia.

La mala vinculación entre un niño y el cuidador conduce a la negligencia. Se produce la mayoría de las veces en los sectores con menor formación de las clases socioeconómicas más bajas. El núcleo familiar amplio y un escaso espacio pueden hacer que un niño se halle en riesgo de sufrir negligencia.

El mayor número de casos confirmados de abusos y negligencia es el que se produce en niños nacidos de madres adolescentes. Las razones de este hecho radican en la pobreza y el bajo nivel de estudios, la incidencia elevada de prematuridad y bajo peso al nacer y los temperamentos difíciles de los niños. Cuando más joven es la madre en el momento de su primer embarazo, más probable es que la diferencia de edad de sus hijos sea mínima antes de llegar a los 20 años. Como consecuencia de su edad, estas madres tienen menos probabilidades de estar preparadas para los rigores emocionales que implica el cuidado de los hijos o de haber aprendido las capacidades necesarias para ello, por consiguiente, pueden recurrir a sus propias madres para el cuidado de los niños. Es probable que esto aumente los conflictos entre los padres e hijos en esa esfera, con lo que se produce depresión, autoestima baja y otros síntomas que aumentan la probabilidad de negligencia. (55)

ABUSO FISICO

El abuso físico es la segunda forma notificada con más frecuencia de abuso infantil. Se calcula que más de un millón de niños sufren abusos físicos cada año. Estos consisten en la aplicación de una acción física que pudiera dar lugar a una lesión permanente del mismo. Gracias al mejor conocimiento de los mecanismos de la lesión física, la identificación del niño que ha sufrido abusos físicos resulta

ahora más fácil. Estas mejoras han llevado a una notificación más válida por parte de los profesionales de la asistencia sanitaria.

El 80% de los abusos físicos se debe a los padres. Aproximadamente, el 10% es cometido por otros familiares, el resto corresponde a otras personas, como niñeras, o personal de la escuela. La edad es el predictor más constante de la lesión grave, puesto que los niños más pequeños son los que sufren más abusos. Los varones tienen más probabilidad de sufrir lesiones graves entre el nacimiento y los 12 años de edad, mientras que a partir de los 13 años las lesiones más graves son más probables en las niñas. Los datos correspondientes al periodo de 1997-1998 indican que el 87% de los niños en los que la muerte se produjo por abusos físicos tenían menos de 5 años de edad, y el 46% tenían menos de un año. Los niños de raza negra están sobrerrepresentados en los estudios realizados sobre muertes por abusos infantiles conocidos, pero el nivel socioeconómico puede constituir un factor de confusión. (60)

El *Interactive Model of Child abuse* propone que el abuso físico es el resultado de la interacción de las características del niño, el individuo que produce el abuso y el entorno social. Según este modelo, el niño que sufre el abuso es más exigente respecto al cuidador en alguna forma, quizá puede presentar alguna discapacidad física o mental, alguna enfermedad, o sea difícil de consolar. El niño puede ser hiperactivo o presentar una conducta desafiante. Puede ser prematuro o no haber nacido de un embarazo no deseado. En las situaciones en las que el joven se encuentre en la fase del desarrollo caracterizada por objetivos de individualización que provoca un conflicto con los padres. (60)

El individuo con unos antecedentes de abusos físicos puede presentar una amplia gama de problemas emocionales, conductuales e interpersonales que pueden ser de larga evolución y difíciles de tratar. Muchas personas con diagnósticos psiquiátricos tienen antecedentes de haber sido abusados físicamente. Ciertamente, en cualquier niño o adolescente que presente un trastorno emocional grave debe evaluarse la posibilidad de abusos físicos pasados o presentes. En concreto, aquellos que presentan una conducta violenta son los que tienen más probabilidades de haber sufrido abusos, y tienen también un mayor riesgo de depresión, conducta suicida, y abuso de sustancias. El trastorno del comportamiento o trastorno disocial es una secuela probable del abuso físico. Si un niño que ha sufrido abusos puede mantener una relación positiva con uno de los padres que no abuse de él, existen más probabilidades de que no se repita el ciclo de violencia cuando éste tenga hijos en el futuro. (55)

Dentro de las manifestaciones físicas más frecuentes del maltrato infantil se encuentran las siguientes:

- ❖ Reconocimiento de fracturas sospechosas de abuso físico, como fracturas de epífisis, metáfisis y fracturas múltiples.
- ❖ Considerar cuando ha habido más de una ingestión de una sustancia por el niño, lo que se considera descuido hasta que no se demuestre lo contrario.
- ❖ Cuando hay quemaduras con distribución en "*guante*" o media, las localizaciones en las nalgas, en el área genital y con compromiso de pliegues y bien delimitadas nos hacen pensar en un cuadro de maltrato infantil, además quemaduras o cicatrices con objetos, como planchas eléctricas, en brazos, piernas o en dorso y ciertos factores como el patrón de la lesión, la edad, el desarrollo del niño u la explicación del acompañante.
- ❖ Magulladuras o hematomas que aparecen frecuentemente en los niños que son golpeados crónicamente y se deben diferenciar de las caídas accidentales en que éstas se localizan principalmente en las prominencias de la frente y en la espina tibial o maléolos. Al examen físico se deben buscar patrones característicos, tales como marcas de mordiscos, lazos, correas, hebillas, cables, azotes, en piernas, tronco o nalgas y en otras partes del cuerpo. Como los golpes en los ojos o en las mejillas, usualmente en los accidentes los golpes se presentan de un solo lado de la cara. Laceraciones y/o abrasiones en la nariz, labios, encías, ojos, genitales externos, brazos, piernas, nalgas o tronco. Cicatrices o quemaduras con cigarrillo, especialmente en las palmas de las manos, en los pies, en la espalda o en las nalgas.
- ❖ Las fracturas pueden ocurrir por impacto o torsión y se debe diferenciar si son accidentales o por maltrato, las características de las lesiones esqueléticas intencionales son: fracturas múltiples, en diferentes estadios de curación, repetidas en el mismo sitio y las fracturas de la escápula, el esternón, húmero, clavícula, arcos costales posteriores, nariz, maxilares y de cráneo; en bebés de un año luxación de codo o de hombro son las más frecuentes.
- ❖ Trauma abdominal es la segunda causa de mortalidad por maltrato infantil. La mayoría de las veces no hay evidencia de trauma externo y se manifiesta por síntomas asociados a obstrucción, perforación o ruptura de vísceras abdominales. Las lesiones ocurren como consecuencia del golpe directo sobre el abdomen. Las principales vísceras comprendidas son: lesión de Hígado, Bazo y Vejiga, pancreatitis, trauma renal, de colon, de recto y ruptura de vasos intraabdominales.
- ❖ El trauma craneoencefálico (TCE) es la causa principal de mortalidad por maltrato infantil. Aproximadamente el 12% niños de 8 años, presentan evidencias de trauma de craneano. La mayoría de los niños afectados son menores de dos años. En el TCE podemos encontrar tres tipos de lesiones: Hemorragia intracraneana, hemorragia retiniana y fractura de cráneo. También debe sospecharse maltrato, si hay ausencia de cabello

en algunas partes del cráneo, hemorragia del cuero cabelludo o frecuentes chichones. Se requiere la suspicacia del médico y un alto nivel de sospecha, cuando se encuentran signos neurológicos en lactantes menores que sugieran maltrato infantil. (53)

- ❖ Siempre que tengamos una lesión en un menor debemos pensar en la posibilidad de lo "accidental" según los cuidadores, sea en realidad algo intencional. (53)

Para atender apropiadamente los casos de maltrato al menor se requiere de un equipo de trabajo donde, además del Médico Pediatra y del Médico psiquiatra, intervengan la Trabajadora Social, Licenciados en Derecho, Enfermeras, Psicólogos, etc, pero dicha información de equipo no es tarea fácil de lograr.(39,54) Una de las dificultades observadas en el desempeño del grupo es la difícil integración de las acciones de cada uno de los miembros cuando las tareas específicas no están bien delimitadas, o hay relaciones de competencia entre ellos y luchas por el poder.

Hay que tener presentes las siguientes recomendaciones ante la presencia de un sujeto pediátrico lesionado:

1. Pensar en la posibilidad diagnóstica de maltrato al menor
2. Recordar los siguientes datos sugestivos de maltrato

- retraso inexplicable para llevar al niño al médico después de la lesión
- Explicaciones poco creíbles o contradictorias; antecedentes incompatibles con los hallazgos físicos
- Antecedentes de lesiones previas con características extrañas o sospechosas
- Los padres culpan a otros de las lesiones
- Los padres refieren que las lesiones fueron autoprovocadas
- Antecedentes de tratamientos por lesiones traumáticas
- El sujeto pediátrico acusa de la lesión al cuidador
- Historia de maltrato físico en los progenitores
- Expectativas fuera de la realidad con respecto a los hijos
- Falta de interés de los progenitores ante las lesiones
- Hematomas en glúteos y región lumbar
- Hematomas en la región genital o cara interna de muslos
- Lesiones en diferentes etapas de evolución
- Lesiones con configuraciones especiales (por ejemplo: lesiones circulares por quemadura de cigarrillo)
- Quemaduras de diversos tipos y grados
- Signos radiológicos típicos

Hemorragias intracraneales y otras alteraciones observadas en estudios radiológicos así como alteraciones oculares.

El problema del maltrato del niño trasciende los esquemas del modelo médico tradicional e incluye entre sus determinantes factores de tipo sistémico o sociocultural, cuya naturaleza los ubica en el terreno de la salud pública.

Respecto de las consecuencias psicológicas a largo plazo del maltrato al menor, ahora se sabe que no hay conductas o reacciones emocionales características. Las respuestas al maltrato pueden ser influidas por factores como el apoyo de otros miembros de la familia, la inteligencia del sujeto pediátrico y su aporte genético. Además, la experiencia de haber sido una víctima de la violencia puede no ser el único factor generador de las dificultades sufridas posteriormente por los niños maltratados; otros aspectos del ambiente del menor producen mayores efectos nocivos sobre su desarrollo. Pero no todos los niños sujetos a maltrato físico o negligencia llegan a ser delincuentes o personas violentas. La vinculación entre la victimización en la niñez y la conducta violenta posterior no es universal y la transmisión intergeneracional no es inevitable. (57)

SÍNTOMAS DEL ABUSO EN EL NIÑO EN EDAD PREESCOLAR. (55)

- ✓ Ansiedad
- ✓ Retraimiento
- ✓ Culpabilidad
- ✓ Quejas somáticas
- ✓ Alteraciones del apetito
- ✓ Ansiedad de separación
- ✓ Alteración del sueño y/o pesadillas
- ✓ Hiperactividad
- ✓ Mentiras
- ✓ Falta de confianza
- ✓ Fobias
- ✓ Regresión en la enseñanza de ir al baño y otras conductas
- ✓ Conocimiento sexual inapropiado para la edad
- ✓ Conducta sexual inapropiada para la edad
- ✓ Agresividad
- ✓ Ausencia de síntomas

SÍNTOMAS DEL ABUSO EN NIÑOS EN EDAD ESCOLAR Y ADOLESCENTES. (55)

- ✓ Retraimiento
- ✓ Culpabilidad
- ✓ Quejas somáticas (dolor abdominal vago)
- ✓ Alteración del apetito y del sueño
- ✓ Enuresis y/o Encopresis
- ✓ Pesadillas
- ✓ Depresión, baja autoestima
- ✓ Fobias, obsesiones
- ✓ Dificultades escolares (fobia a la escuela o falta de asistencia)
- ✓ Crisis de angustia, o ansiedad
- ✓ Mala relación con los compañeros
- ✓ Huida del hogar
- ✓ Intentos de suicidio
- ✓ Tics
- ✓ Hostilidad, agresividad, negativismo, delincuencia
- ✓ Pasividad
- ✓ Psicosis
- ✓ Conducta sexual (conversación sobre temas sexuales)
- ✓ Ausencia de síntomas.

OBJETIVO:

Detectar la existencia de psicopatología en los padres de niños con el diagnóstico de Síndrome de Niño Maltratado atendidos por primera vez en el Instituto Nacional de Pediatría.

MATERIAL Y METODOS

Tipo de estudio: Escrutinio, prospectivo, transversal.

Se evaluaron a los padres de los pacientes que acudieron por primera vez a solicitar atención para sus hijos en el servicio de Urgencias en el Instituto Nacional de Pediatría, seleccionándose exclusivamente los casos confirmados de maltrato físico, cuyo agresor haya sido uno o ambos padres, en el periodo comprendido del Marzo del 2000 a Noviembre del 2000.

Criterios de inclusión: Se incluyeron en el estudio, a los padres de los niños que fueron diagnosticados por medio de la Clínica de Atención Integral para el Niño Maltratado (C.A.I.N.M.) del Instituto Nacional de Pediatría, como casos confirmados de Maltrato físico. Para todos los casos se contó con el consentimiento informado de los padres para la inclusión en el estudio.

Criterios de exclusión: Se excluyeron del estudio a los padres que no fueron los agresores, así como a otros cuidadores, todos los casos de Maltrato Infantil que no se debieron al Maltrato físico, y todos aquellos padres que no aceptaron ser parte de éste estudio.

Variables e instrumentos de medición: Se realizó una entrevista semi-estructurada para la aplicación de Historia Clínica y la aplicación del

ECED-1/NP versión 2.0 (para DSM IV) el cual consta de 604 reactivos que incluyen episodios afectivos, síntomas psicóticos, otros trastornos afectivos, trastornos por uso de sustancias psicoactivas, trastornos de ansiedad, trastornos de somatización, trastornos de alimentación y trastornos de ajuste, y se aplicó el SCID II (para Trastornos de la personalidad) versión 1.0 el cual cuenta con 247 reactivos donde se incluyen los trastornos de personalidad por evitación, dependiente, obsesivo-compulsivo, pasivo-agresivo, autodestructivo, paranoide, esquizotípico, esquizoide, histriónico, narcisista, límite, antisocial y otros trastornos de la personalidad.

Procedimiento: Tanto la entrevista como la aplicación de ambos instrumentos se llevó a cabo por un Médico Residente de Tercer año de la Especialidad de Psiquiatría en el Instituto Nacional de Pediatría en el periodo en que el paciente agredido físicamente requirió hospitalización. Ambos instrumentos se aplicaron en un promedio de 90 minutos. Los reactivos se transformaron para su captura.

Análisis estadístico:

Se realizó una análisis descriptivo, de frecuencias y porcentajes de cada una de las variables.

El análisis se realizó en las páginas estadísticas Excel y después EPI-6

RESULTADOS

De un total de 30 casos, 19 de ellos fueron confirmados como Maltrato físico. Del total de pacientes agredidos, 7 fueron del sexo masculino (36.8%) y 12 del sexo femenino (63.2%). La media de edad fue de 4.3 +/- 6, con un rango de edad de 4 meses a 16 años.

El 73.7% viven en el área Metropolitana (Estado de México y Distrito Federal), en cuanto al tipo de familia de la cual proviene el paciente, el 63.2% tuvieron una familia nuclear, 19.5% vivían con alguno de sus padres y con otros familiares, 21.1% vivían únicamente con uno de sus padres y 5.3% vivía con uno de sus padres y además otras personas no familiares.

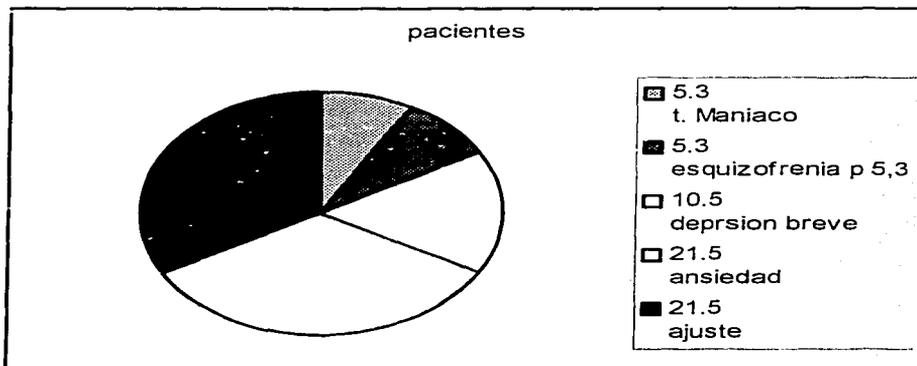
El tipo de maltrato físico más frecuente que recibió el menor en 8 casos (42.1%) fue el Traumatismo craneoencefálico, 5 casos (26.3%) presentaban fracturas, 5 casos (26.3%) tenían contusiones diversas y uno (5.3%) presentaba quemaduras.

El maltratador más frecuente se encontró que fue la madre en 15 casos (78.9%) y en 4 casos (21%) fue el padre. En 3 de los 19 padres (15.8%) habían antecedentes previos de patología psiquiátrica.

En cuanto a su estado civil 63% estaban casados o vivían como si estuvieran casados, 15.8% estaban separados y 21.1% solteros; 13 de 68.4% de los pacientes laboraban al momento de la entrevista y el 31.6% estaban desempleados. La media de edad fue de 33 años.

En el Diagnóstico psiquiátrico del padre maltratador se encontró que 5.3% tenía un Trastorno maniaco con síntomas psicóticos, 10.5% tenían un Trastorno depresivo breve recurrente, 5.3% tenía Dx de Esquizofrenia Paranoide, 21.1% al momento de la aplicación de las escalas presentaban Trastorno de ansiedad generalizada y el 21.1% presentaban Trastornos de ajuste (Gráfica 1).

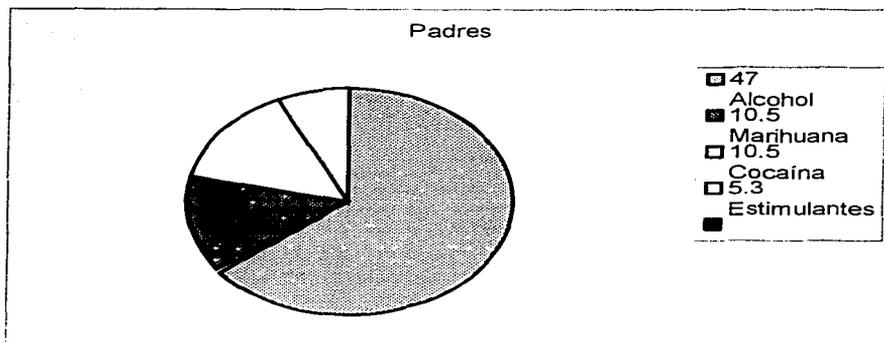
Gráfica 1



PORCENTAJE DE PATOLOGIA PSIQUIÁTRICA EN PADRES MALTRATADORES

Del total de padres 26.3% presentaban también trastorno por uso de sustancias, siendo el más frecuente el abuso de alcohol (47%), seguido del uso de cannabis (10.5%), cocaína (10.5%) y 1 que consumía estimulantes (5.3%), (Gráfica 2).

Gráfica 2

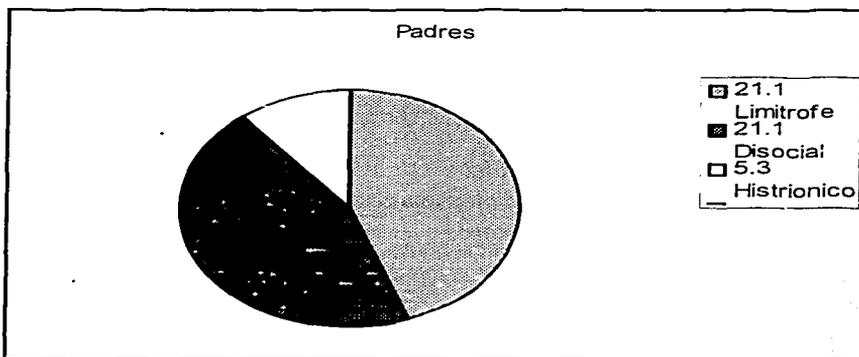


CONSUMO DE SUSTANCIAS MAS FRECUENTES EN PADRES MALTRATADORES

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

De los Trastornos de personalidad el que más frecuentemente se encontró fue el Trastorno Limite de la Personalidad en 4 casos (21.1%), así como el Trastorno Disocial, también en 4 casos (21.1%); sólo un padre presentó Trastorno Histriónico de la Personalidad (5.3%) (Gráfica 3).

Gráfica 3



TRASTORNOS DE PERSONALIDAD EN PADRES MALTRATADORES

Se realizó el análisis estratificado, que 3 individuos, uno del sexo masculino y 3 del sexo femenino presentaban un Trastorno Límite de la Personalidad y consumo de alcohol, una de ellas de 30 años de edad además tenía un trastorno hipomaniaco y otra de las madres de 26 años además de dicho Trastorno de personalidad presentaba un Trastorno de ansiedad Generalizada.

En cuanto a los Trastornos de Personalidad Disocial, encontramos que dicha entidad estaba presente en una madre y en 3 padres. La madre, de 42 años además consumía alcohol y cannabis, al igual que uno de los padres de 40 años de edad. En cuanto a los otros dos padres; uno de 29 años de edad solo consumía cocaína, y el otro de 36 años consumía además del alcohol, cocaína y estimulantes (anfetaminas).

Solo una de las madres de 42 años presentaba Trastorno Histriónico de la personalidad y consumo de cannabis.

Para los Trastornos afectivos, se encontro que una de las madres de 30 años de edad tenía un Trastorno de ansiedad Generalizada y un Trastorno depresivo breve recurrente,

Uno de los padres de 23 años presentaba consumo de alcohol y además Esquizofrenia Paranoide.

DISCUSIÓN

En base a los resultados obtenidos se puede expresar lo siguiente:

El desarrollo sano del menor, tanto físico como psíquico, depende de múltiples factores y por supuesto del cuidado adecuado de los padres, cuando se atenta sobre el estado de salud del niño o adolescente se habla de maltrato en sus diversas modalidades (físico, psíquico, sexual, negligencia) (21). Barundy (52) propone que cuando el sufrimiento de las víctimas no puede ser verbalizado y socialmente reconocido, surge el riesgo que este dolor se exprese a través de comportamientos violentos sobre otras personas, en general las que son más vulnerables como en el caso de los niños y adolescentes.

En base a la bibliografía mundial (34,35,36) se ha reportado que el maltrato físico es común en las familias numerosas, reportan a la madre como la principal agresora debido a que es ella la que pasa la mayor parte del tiempo con los hijos, sin embargo nuestros datos no concuerdan con lo primero, ya que la mayor parte de los menores agredidos físicamente provenían de familias pequeñas, con un promedio de 2 hijos, y, en cuanto al agresor, efectivamente encontramos que la madre es la que más agrede y secundariamente el padre.

En cuanto a la edad, se reporta que es más frecuente en niños de 6 a 8 años, nosotros encontramos que la edad promedio fue menor (4.3 años), Burundi (52) refiere que la incidencia del maltrato al adolescente iguala o supera a la de los niños menores, en nuestro estudio únicamente dos adolescentes fueron agredidos físicamente, y en cuanto a la distribución por sexo, según la literatura (34,35) el maltrato físico se da más frecuentemente en los varones, sin embargo en la población estudiada, se mostró que la distribución por sexo, el maltrato fue más frecuente en las niñas.

Varios autores reportan (6,8,12) que hay aspectos importantes psicopatológicos de los progenitores, tales como trastornos afectivos, alcoholismo (49), abuso de otras sustancias y en la mayoría antecedentes de abuso en la infancia; referente a lo anterior nuestro estudio mostro que efectivamente hay antecedentes psicopatológicos importantes de los padres, siendo los más frecuentes los trastornos de personalidad limite, disocial e histriónico, el alcoholismo, seguido del consumo de cocaína, cannabis y en un caso de estimulantes, los trastornos afectivos también están frecuentes, en general secundarios a problemas psicosociales y ambientales, y, en el caso de los trastornos de ansiedad y del trastorno de ajuste que se evidenciaron en la mayoría de los casos fue secundario al estado físico del menor y a los problemas legales que tenían los padres.

En cuanto a la escolaridad y a la ocupación paterna, se sabe que en general los padres que más maltratan son los que tienen menor grado escolar y los que son desempleados, nosotros encontramos que efectivamente los padres en promedio tenían 6 años de estudio y la mayoría se encontraba desempleado y tenían problemas económicos. La edad promedio de los padres (independientemente de quien proporcione el maltrato) muestra una directa correspondencia con los estudios a nivel internacional (34,35,36).

Referente a los hallazgos físicos que reportan algunos autores (2,5) efectivamente el más frecuente sigue siendo el Traumatismo craneoencefálico, seguido de las fracturas, y en nuestro caso encontramos que en frecuencia le seguían las contusiones y por último las quemaduras.

CONCLUSIONES

El maltrato al niño en el hogar es uno de los ejemplos más tristes de la violencia del hombre hacia el hombre, es el más oculto y ventajoso de todos los actos violentos; éste fenómeno va en aumento en países subdesarrollados siendo muchas veces ignorado. La indiferencia para llevar a cabo el diagnóstico significa la desvalorización del niño como ser humano.

Los efectos que produce el Maltrato físico no cesan al pasar la niñez, mostrando muchos de ellos dificultades para establecer una sana interrelación al llegar la adultez, algunos niños no hablan sobre el maltrato que sufren, y a veces piensan que es normal y aprenden a repetir ese "modelo" inconscientemente. La falta de un modelo familiar positivo y la dificultad de crecer y desarrollarse copiándolo, aumenta las dificultades para establecer relaciones "sanas" al llegar a adulto. (16)

Para muchos niños que sufren maltrato, la violencia del abusador se transforma en una forma de vida. Crecen pensando y creyendo que la gente que lastima es parte de la vida cotidiana; por lo tanto este comportamiento se torna "aceptable" y el ciclo del abuso continua cuando ellos se transforman en padres que abusan de sus hijos y estos de los suyos continuando así con el ciclo vicioso por generaciones. (16)

Es importante advertir que el maltrato va en aumento, y que en medida que se detecten los factores de riesgo, y se prevengan esta entidad tenderá a disminuir, o quizá, mediante la mayor educación a la población sea más reportada y entonces tengamos estadísticas más cercanas a nuestra realidad. Igualmente es importante mencionar que coincidentemente con lo aportado por la bibliografía internacional. (5) la presencia de enfermedad mental en el agresor es frecuente, por ello es necesario un tratamiento integral no sólo de la víctima sino también de su agresor y de la familia, para lo cual es necesario un equipo multidisciplinario que se encargue de esta problemática y aborde los aspectos biológicos, psicológicos y legales pertinentes por lo que se necesita de la planeación y la coordinación de estos servicios y de personal capacitado. (5) La terapia familiar está dirigida primero a reconocer el problema, establecer una adecuada comunicación entre los integrantes de la misma, sugerimos que hay que modificar los patrones conductuales de los padres, eliminando las tácticas punitivas o coercitivas substituyéndolas por métodos positivos más efectivos.

Wolfe (61) propone un plan de intervención y prevención cuya meta sea restablecer la integridad, así como el funcionamiento afectivo familiar.

Foncerrada (41) señala que cuando la psicodinámica familiar esta muy alterada y no existen vínculos afectivos o están muy deteriorados, lo más conveniente es que el menor no regrese a su hogar por el riesgo de sufrir una nueva agresión; pero

cuando existen vínculos afectivos que en el momento se encuentren debilitados, lo ideal es tratar de preservar la integridad familiar proporcionando apoyo a la familia mediante la colaboración de otro miembro de la misma capaz de modelar los cuidados parentales; promover visitas domiciliario por parte del personal; favorecer el contacto físico entre padre, madre e hijo, mejorar el apego afectivo, orientar a los padres sobre las características conductuales del niño según su etapa de desarrollo. Todo lo anterior aumentara la confianza y los recursos del agresor para responder a las necesidades del niño. Si se ha identificado psicopatología en el agresor es importante el tratamiento psiquiátrico y la orientación adecuada de la familia.

BIBLIOGRAFÍA

1. HELFER, T. " The etiology of child abuse Pediatrics" 1973; 51 (77)
2. GREEN, F. " Abuso y abandono del niño". Clin, Ped. N. amer. 1975: 329-380
3. PARRÉS, A. "El maltrato a los niños en diferentes culturas" Edcol, S.A. México, 1978.
4. SALOMÓN, T. " History and demography of child abuse". Pediatrics. 1973: num 51:776-789.
5. LOREDO, L. "El niño maltratado: una realidad actual en México". Acta Pediátrica de México. 1986; 8(2): 243-254
6. LOREDO, A. "Maltrato al Menor". Edit. Interamericana, México, 1994
7. PETIT E. "Tratado elemental de Derecho Romano": Buenos Aires: Edit. E. Araujo, 1990: 98-99
8. FONTANA, V: "En defensa del niño maltratado", Edit, Grijalbo, México 1991.
9. MAHER, I: "El abuso contra los niños. La perspectiva de los educadores"; Edit. Grijalbo, México 1990.
10. COOHER, C: "Child maltratment: testing the social isolation hipótesis". Child Abuse and neglect. 1996; 20(3):241-254
11. RODBILL, Sx. "The first treatise in pediatrics" Am J. Pediatrics, 1971; 122:369-376.
12. OSORIO, Ca. "el niño maltratado, Edit, Trillas, 2a. Edición, México, 1975.
13. KEMPE, Rs. "Niños maltratados". Edit. Morafa, Madrid, España, 1985.
14. KEMPE, Hc, "The battered child síndrome" JAMA 1962; 181:105-112.
15. KEMPE, Hc "Pediatric implications of the battered baby syndrome" Arch Dis. Child, 1971; 46:28-37.
16. FONTANA, Hc, " The maltrated child: the maltreatment syndrome in children" 2a. ed. Springfield; 1971;4
17. BLONBERG, MI, "Sexual abuse of children; causas, diagnosis and management" Pediatrics ann 1984;13: 753-758.
18. HJERN, A. "Persecution and behavior: report of refuge children from Chile" Child abuse and neglect, 1991; 15:239-248.
19. KELLEY, Sj "Ritualistic abuse of children, dynamics and impact: Culti studies J. 1988;5:228-232
20. FINKELHORD, D. "Nursery crimes: sexual abuse in day care: Newbury park CA: Sage Publications, 1998.
21. ARGUIDO, M "El maltrato al menor" Edit, Porvenir, fundación Ecuatoriana de Estudios sociales, 1998.
22. BARUNDY, J. "el dolor invisible de la infancia. Una lectura ecosistémica del maltrato infantil": Edit. Paidós 1998.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

23. LOPEZ, Cg , "Orientaciones técnicas y programáticas en maltrato infantil. Prevención y atención integral. Unidad de Salud Mental. Ministerio de Salud, Santiago de Chile, 1997.
24. UNICEF. "Relaciones familiares y maltrato infantil" 1997.
25. TOBER, Rb, "Child abuse" J. Fla Med Assoc. 1995 oct, 82 (10=:679-683.
26. OKEGHIALAM, Tc, "Child abuse and neglect in africa" 1981, 8:69-73.
27. MACIEL, W. "Street children in Brazil. International child Health, 1996; 11: 19-20
28. BERTUSSI, Gt, "La muerte trágica y violenta impide a niños y jóvenes de la calle frecuentar la escuela en Brasil. Primer Simposio Interdisciplinario e Internacional: El maltrato a los niños y sus repercusiones. México 1991. 11:21-23
29. RIOJAS, Du, "Aspectos radiológicos en el Síndrome del niño maltratado" jornada Pediátrica IMSS 1998, 69:70
30. CAFFEY, J, "múltiple fractures in the long bones of infants, suffering from chronic subdural hematoma" Am J. Roentgenol Radium Ther. 1996; 56:163-173
31. ESPINOZA, Me, "Aspectos médicos, psicológicos y jurídicos del Síndrome del Niño maltratado" rev. Mex, Ped 1971; 40_807-819
32. CAMPBELL, H, "Child protection in schools: an evaluation of a training course for schools coordinators of child protection" Public health, 1996 (110): 37-40
33. MEDDIN, Bj, " The assessment of risk in child abuse and neglect case investigations". Child Abuse Negl. 1989, 9_57-62
34. CHAFFIN, M, "Onset of physical abuse and neglect: psychiatric, substance abuse and social risk factors from prospective community data" Child, Abuse and Negl. 1996, 77:391-400
35. EGAMI, L, "Psychiatric profile and sociodemographic charecteristics of adults who report physically abusing or neglecting children" Am. J Psych 1996, 153: 921-928
36. DAVIDSON, Wb, "Personality inferences drawn about abusive mothers", Psychol Rep. 1995, 77:391-400
37. MARTIN, Ja, "Intervention with infants atrisk for abuse neglect" Child. Abuse.Negl. 1984, 8:255-260
38. HAROLD, Kaplan, "Tratado de Psiquiatría" Edit. Panamericana, 1999,321-348
39. SAUCEDA, Gj, "Temas de Pediatría:" Psiquiatría: Maltrato físico y abuso sexual", Asociación mexicana de Pediatría AC, 1998, 159167
40. SALZINGER, S, "Mother's personal social networks and child maltreatment", J, Abdorm Child, Psicol., 1983, 92:68-70
41. FONCERRADA, M, " Prevención del maltrato en el niño. Posibilidad de identificar a las madres potencialmente maltratadoras en el periodo peri natal", Rev. Med. Mex, IMSS, 1987, 25:373
42. HERRADA, Ah, "El niño maltratado en Tlaxcala", Sal, Pub, Mex, 1992:34:626
43. BOOLS ,C, "Munchausen syndriome by proxi: a study of Psychopathology", Child abuse & neglect. 1994, 18:773-388

44. DSM-IV, Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, edit. MASSON 1999
45. CIE-10, Clasificación Internacional de las Enfermedades, 1999.
46. ALTIMIER, Wa, "Antecedents of child abuse", J. Ped, 1982, 100_823,829
47. FONTANA, Vj, "The maltreatment Syndrome of children", *pediatr. Ann.* 1997, 13, 737-743
48. FONTANA, Vj, " Observing child abuse", *J. Pediatr.* 1997, 105:655-660
49. PIERCE, R, "The sexuality abuse child; a comparison of male and female victims", *Child abuse neglect*, 1995, 69:648-653
50. WEEKS, Rb, "The sexually exploited child" *South Med. J.* 1997, 69:648-653
51. ARGUDO, M, "El maltrato al menor", Edit, Porvenir Ecuatoriana de Estudios, 9988.
52. NEY, P." the worst combinations of child abuse and neglect", *Child abuse & neglect.* 1994, 18:9: 705-714
53. RESTREPO, E. "El maltrato infantil: Síndrome del niño sacudido", *Tratado de Pediatría*, ed. Interamericana, 1997
54. BENIERAKIS, C."The funtion of the multidisciplinary team in child psychiatry Clinical and educational aspects" *Can. J. psych.* 1995, 40:348
55. PARMELEE, D. "Psiquiatría del niño y el adolescente" edit. Harcourt, España, 1998, 18:705
56. NEY, P. "The fysical abuse" *Child, abuse negl.* 1995, 105:73.84
57. KASHANY, Jh, "Family violence:impact on children", *J. Am. Cad. Child Adolesc. Psych.* 1992, 31:181
58. SAUCEDA, Jm,"Abuso sexual y embarazo en la adolescencia" *Bol. Mex. Hosp., Inf. Mex.* 1995, 52:451
59. CARZORIA, G, "Conductas sexuales delictivas: violación, abuso sexual, hostigamiento sexual, incesto, legnicidio y estupro. En: Consejo Nacional de Población. Antología de la sexualidad Humana III, Edit. Porrúa, Méx. 1994:227
60. Procuraduría General de la Justicia del D.F. Estadística de enero de 1997 a Diciembre de 1998. Agencias Especializadas en Delitos contra el menor.
61. WAFE, D. "Programa de conducción de niños maltratados". Edit, Trillas, Méx. 1991
62. MARTINES, M, "Maltrato infantil: Un problema inquietante". *Bol. Med. Hosp. Inf. Mex.* 1993;50:557-563
63. CLAUSSEN, D. "Deffining the problem". *Child abuse negl.* 1997, 20:993-1002
64. SUAREZ, Ca, "El niño maltratado" Edit. Trillas, 2ª edición, Méx. 1995
65. MELLING, Am, "Physical and psychological maltreatment: Relations among types of maltreatment", *Child, abuse Negl.* 1999, 15, 5-18.

TESIS CON
 FALLA DE ORIGEN

PAGINACIÓN DISCONTINUA