



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO**

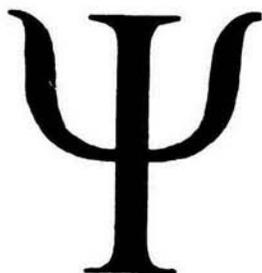
FACULTAD DE PSICOLOGIA

SINDROME DEL NIÑO SACUDIDO, UNA VARIANTE DE
MALTRATO FÍSICO, PERFIL PSICOSOCIAL DE
LOS PADRES.

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
LICENCIADA EN PSICOLOGIA
P R E S E N T A :
MARTHA SOCORRO GOMEZ JIMENEZ

DIRECTORA DE TESIS: MTR. MIRIAM CAMACHO VALLADARES
REVISOR: MTR. JORGE VALENZUELA VALLEJO



MEXICO, D.F.

JULIO 2004



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.

ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA

INDICE

RESUMEN.....	7
INTRODUCCIÓN.....	9
1. EL TRATO A LA INFANCIA.....	13
1.1 Antecedentes Históricos.....	13
1.2 La Protección al Menor.....	16
2. SINDROME DEL NIÑO MALTRATADO.....	19
2.1 Conceptualización.....	19
2.2 Definición de Maltrato Físico	20
2.3 Descripción.....	21
3. SINDROME DEL NIÑO SACUDIDO.....	26
UNA VARIANTE DE MALTRATO FÍSICO	
4. EL PRIMER AÑO DE VIDA.....	30
4.1 Desarrollo Psicológico del Niño.....	30
4.2 Teoría del Apego.....	31
5. CARACTERISTICAS PSICOLOGICAS.....	37
PADRES QUE MALTRATAN	
6. METODOLOGIA.....	43

7. RESULTADOS.....	48
7.1 Descripción de la Muestra.....	48
7.2 Características Sociodemográficas.....	49
7.3 Hallazgos Clínicos.....	51
7.4 Cuidador del Menor..... en el Momento Traumático.	55
7.5 Valoración Psicológica de la Madre.....	56
7.6 Análisis Cualitativo del discurso.....	61
8. DISCUSION.....	63
REFERENCIAS.....	65
ANEXOS.....	69

RESUMEN

El objetivo del estudio fue identificar las características psicosociales del núcleo familiar del bebé con diagnóstico de maltrato, variedad “síndrome del niño sacudido”. Para lo cual se trabajó con una muestra de ocho lactantes con edad promedio de 8.6 meses, y sus familias. El tipo de estudio es exploratorio, transversal. Los instrumentos fueron tanto cualitativos como cuantitativos; estructurados y semiestructurados. Los hallazgos de este estudio permitieron establecer las características sociodemográficas y psicosociales de la familia; concluyendo la existencia de los primeros datos psicosocial de los padres de bebés con el diagnóstico “síndrome del niño sacudido”. Con estos resultados se pretende aportar elementos enfocados a nuevas líneas de investigación, para la prevención de la salud infantil.

*Quien no conoce nada, no ama nada. Quien no puede
hacer nada, no comprende nada[...] Pero quien
comprende también ama, observa, ve...Cuanto mayor es
el conocimiento inherente a una cosa, más grande es el
amor...
"El Arte de Amar"
Erich Fromm*

INTRODUCCIÓN

Los humanos han criado a su prole de forma eficaz durante toda su historia, pues de lo contrario la especie no hubiera sobrevivido, pero las formas de vida han ido cambiando, la propia concepción de la infancia, las actitudes hacia los niños y el cuidado prodigado ha ido modificándose, así como también las ideas y el comportamiento hacia ellos. En el siglo XIV, por ejemplo, apenas existen representaciones de niños o niñas y cuando aparecen se les muestra como si fueran adultos en pequeño, con la misma estructura corporal que un adulto, aunque de menor tamaño y con los mismo rasgos que los adultos, también los vestidos eran muy semejantes y los niños aparecen frecuentemente compartiendo actividades de los mayores. (Delval, 1994)

Aries, Phillipe señala que en la sociedad medieval no existía el sentimiento de la infancia y los niños eran considerados como algo divertido, que no se diferenciaba mucho de un animal. Si el niño moría, cosa que sucedía muy a menudo en los primeros años, la familia podía sentirlo pero no constituía un gran drama y pronto un nuevo hijo vendría a reemplazarlo. Los hijos eran abundantes y pocos llegaban a la edad adulta. El niño no salía de una especie de anonimato hasta que no alcanzaba una cierta edad, aproximadamente a partir de los siete años; pero a partir del momento en que él ya no necesitaba de cuidados especiales entraba a formar parte de la sociedad de los adultos y se le empezaba a tratar

como tal; lo único que le diferenciaba de los adultos era que sus fuerzas eran menores y que no podían hacer una serie de cosas que estaban al alcance de los adultos.¹

La situación va cambiando lentamente hacia el siglo XVII la actitud hacia el niño va siendo distinta, empieza a existir ese sentimiento de infancia, ya desde el Renacimiento diversos autores se ocupan del problema de la educación de los niños, aunque frecuentemente sin señalar que esa educación deba ser diferente de la que se utiliza con los adultos.

En relación al niño y el maltrato, por ejemplo: en la antigua Roma los derechos de un padre de familia sobre sus hijos eran ilimitados: el niño recién nacido era dejado a sus pies, si deseaba reconocerlo el padre se detenía y lo tomaba en sus brazos; si se alejaba, el niño era llevado fuera del hogar y expuesto en la calle, si no moría de hambre o frío pertenecía a cualquiera que deseara hacerse cargo de él y convertirlo en su esclavo.

Por otro lado, la lucha en la atención a la protección del niño es igualmente histórica; en el siglo IV, Constantino obligó a los padres a criar a los hijos con el decreto: “las necesidades de los recién nacidos debían de atenderse sin aplazamiento”; San Basilio y San Juan Crisóstomo fundan el primer hospital para niños en Sebastea y en Cesarea. A partir del año 442, el abandono de los niños expuestos en la calle debía ser comunicado a la iglesia y en el año de 815, el Arcipreste, Dateus fundó en Milán el Hospicio para niños; en 1600 el médico Jerónimo Soriano fundó el primer Hospital de niños y escribió un tratado de infancia; pero no fue hasta 1866 que se dio el primer caso de protección legal al menor; sin embargo, solo fue posible con el apoyo de *Sociedad Americana para la Prevención de la Crueldad Hacia los Animales*, reconociéndose oficialmente por primera vez el maltrato infantil, (Marcovich, 1981; Soriano, 2001; Gracia y Musitu, 1993).

En 1961, el pediatra norteamericano Henry Kempe presentó ante la Academia Americana de Pediatría término “Síndrome del niño golpeado” con ello se dio pie a que en México en 1968 se inicia el interés con el trabajo de Riojas y Manzano en el Instituto Mexicano del

¹ Ariès (1962) en Delval (1994) *El desarrollo humano*.

Seguro Social, posteriormente en 1981 Jaime Marcovich, del Hospital Infantil de México y en 1984 Loredo y Reynés en el Instituto Nacional de Pediatría. (Loredo, 2004)

En relación al síndrome del niño sacudido, una variante del maltrato físico, los primeros hallazgos clínicos, sin causa aparente, fueron descritos por Caffey (1946); posteriormente en 1974 el mismo Caffey, 28 años después, describe que el origen de las lesiones es producto por una sacudida en el niño lo cual provoca internamente las lesiones graves en el bebé; fue entonces cuando se acuñó el término *síndrome del niño sacudido*. En 1987 Duhaime y cols. Adicionan el concepto de impacto: "*síndrome del niño sacudido e impactado*", ya que las lesiones en algunos casos iban acompañadas de un traumatismo craneoencefálico, resultado de un impacto posterior a la sacudida. Estos trabajos dieron origen a que en el 2001 se iniciara las primeras investigaciones en México, en la Clínica de Atención Integral al Niño Maltratado, ubicada en el Instituto Nacional de Pediatría dando la pauta a la realización del presente trabajo.

El objetivo del presente trabajo es identificar las características psicosociales del núcleo familiar; considerando factores sociales como las características de la vivienda, datos sociodemográficos de los padres y aspectos psicológicos de la madre: nivel intelectual, autoestima, tolerancia a la frustración y actitud hacia su medio social. Con la finalidad de determinar los aspectos psicosociales que construyen el contexto, donde se presenta esta forma especial de maltrato.

1. EL TRATO A LA INFANCIA

1.1 Antecedentes Históricos

Los humanos han criado a su prole de forma eficaz durante toda su historia, pues de lo contrario la especie no hubiera sobrevivido, pero las formas de vida han ido cambiando, la propia concepción de la infancia, las actitudes hacia los niños y el cuidado prodigado ha ido modificándose, así como también las ideas y el comportamiento hacia ellos. En el siglo XIV, por ejemplo, apenas existen representaciones de niños o niñas y cuando aparecen se les muestra como si fueran adultos en pequeño, con la misma estructura corporal que un adulto, aunque de menor tamaño y con los mismo rasgos que los adultos, también los vestidos eran muy semejantes y los niños aparecen frecuentemente compartiendo actividades de los mayores. (Delval, 1994)

Aries, Phillipe señala que en la sociedad medieval no existía el sentimiento de la infancia y los niños eran considerados como algo divertido, que no se diferenciaba mucho de un animal. Si el niño moría, cosa que sucedía muy a menudo en los primeros años, la familia podía sentirlo pero no constituía un gran drama y pronto un nuevo hijo vendría a reemplazarlo. Los hijos eran abundantes y pocos llegaban a la edad adulta. El niño no salía de una especie de anonimato hasta que no alcanzaba una cierta edad, aproximadamente a partir de los siete años; pero a partir del momento en que él ya no necesitaba de cuidados especiales entraba a formar parte de la sociedad de los adultos y se le empezaba a tratar como tal; lo único que le diferenciaba de los adultos era que sus

fuerzas eran menores y que no podían hacer una serie de cosas que estaban al alcance de los adultos.²

Por lo que respecta al maltrato infantil, este ha existido desde épocas inmemorables desde el castigo físico hasta incluso el exponer a la muerte a un menor era permitido y cotidiano; por ejemplo, el derecho a la vida que todo ser humano tiene, en la antigüedad era otorgado por el padre; en Roma un hombre tenía la libertad de vender, abandonar o matar a su hijo; este poder de la “patria potestad” es descrito por Pellison (1897) de la siguiente forma: en Roma los derechos de un padre de familia sobre sus hijos eran ilimitados; el niño recién nacido era dejado a sus pies, si deseaba reconocerlo el padre se detenía y lo tomaba en sus brazos; Si se alejaba, el niño era llevado fuera del hogar y expuesto en la calle si el niño no moría de hambre o frío, pertenecía a cualquiera que deseara hacerse cargo de él y convertirlo en su esclavo.³

Así mismo, determinadas características de los niños han tenido un importante impacto sobre el valor otorgado al niño como individuo; niños mentalmente retrasados, con problemas físicos, prematuros, gemelos, concebidos fuera del matrimonio o en algunos casos nacidos en familias pobres, se han encontrado a lo largo de la historia especialmente amenazados; considerándolos como una carga económica, endemoniados o como resultado del pecado; los que lograban sobrevivir, con frecuencia eran tratados con crueldad, esto sucedía en diferentes culturas como la griega, romana, china e hindú; en donde el infanticidio era un procedimiento aceptado para deshacerse no sólo de niños deformados o enfermizos, sino también de todos los recién nacidos que podían suponer una amenaza a los recursos de una familia o una comunidad.

En consecuencia, las formas de maltrato infantil, que desde la época clásica se aplicaban como el abandono, la venta de niños o el infanticidio, promovían la elevada mortalidad y los índices de morbilidad infantil; las condiciones de vida y las formas de crianza de la

² Aries (1962) en Delval (1994) *El desarrollo humano*.

³ Pellison (1897) *Roman life in pliny's time*. En Gracia y Musitu (1993) *El maltrato infantil. Un análisis ecológico de los factores de riesgo*.

época [...] hacían que la niñez continuamente viviera bajo la amenaza de la muerte (Soriano, 2001)

La satisfacción de la curiosidad también ha servido como justificación para el trato cruel de los niños, por ejemplo, el rey Federico II emperador de imperio romano en el siglo XIII, protagonizó un conocido y dramático episodio de maltrato infantil. Este monarca deseaba averiguar qué lenguaje hablarían un niño si no recibiera la influencia de sus cuidadores; para comprobarlo aisló a un grupo de niños y dio instrucciones a sus cuidadores de que no hablaran con los niños ni emitieran ningún sonido vocal, sino que únicamente atendieran a sus necesidades físicas; el experimento fue un fracaso, puesto que todos los niños murieron, aparentemente, “los niños no podían vivir sin las caricias, sonrisas y palabras de afecto de sus madres”.⁴ Actualmente con los trabajos de Harlow, Spitz y Bolwby entre otros reconocen que una necesidad básica para la subsistencia del bebé es el afecto, el sentirse amado.

En México, en la época precolombina, sabemos que en las diversas etnias indígenas prehispánicas sacrificaban niños o adolescentes de uno y otro sexo; el objetivo básico no era el maltrato como en la actualidad se le concibe, sino que se deseaba agradar o agradecer a una deidad para que la comunidad obtuviera un beneficio colectivo. En la época postcolombina los niños mendigos y abandonados aparecen en estas tierras después de la conquista, cuando en realidad no existe un grupo humano que atienda todas las necesidades de los huérfanos o de los menores desamparados; ello da pauta al concepto de caridad que imperaban en Europa. (Loredo, 2001)

Durante mucho tiempo la incuria y la ignorancia de las necesidades físicas y emocionales de los niños constituyeron la norma, inclusive han sobrevivido hasta la época actual, virtualmente inmodificados, debido a que existe la creencias de que los niños son considerados como propiedad de sus padres y se admite que éstos tienen pleno derecho a tratarlos como estimen conveniente, junto con la creencia de que los castigos físicos severos son necesarios para mantener la disciplina (Kempe y Kempe, 1979)

⁴ Ross y McLaughlin (1949) *A portable medieval reader*. En Gracia y Musitu (1993).

1.2 La Protección al Menor

La lucha en la atención de la protección al menor es igualmente histórica; en el siglo IV, Constantino obligó a los padres a criar a los niños con el decreto: “las necesidades de los recién nacidos debían de atenderse sin aplazamiento”. San Basilio y San Juan Crisóstomo fundan el primer hospital para niños en Sebastea y en Cesarea. El Código Teodosiano y más tarde las leyes visigodas, prohíben a los padres vender a sus hijos y darlos en prenda; en el mismo siglo, en Trevesia, se instala junto a la puerta de una iglesia una cuna de mármol para que depositaran en ella a los niños y pudieran ser prontamente socorridos. A partir del año 442, para evitar la posible muerte de los niños abandonados debía ser comunicado a la iglesia. En el año de 815, en Arcipreste, Dateus fundó en Milán el Hospicio para niños. En 1136 se creó el Hospital de los Inocentes de Florencia. [...] Hacia 1600 el médico Jerónimo Soriano fundó en Teruel el primer Hospital de niños y escribió el primer tratado de infancia; en Roma a principios del siglo XIII, Inocencio III, funda el primer Hospital para la atención de los niños abandonados y con respecto a la venta de niños, costumbre extendida por toda Europa, [...], en Inglaterra, Teodoro arzobispo de Canterbury decreta la prohibición de la venta de niños como esclavos, pero la limita sólo hasta los siete años. (Marcovich, 1981; Soriano, 2001).

Como podemos observar en diferentes etapas de la historia, algunos han buscado proteger la vulnerabilidad y fragilidad del niño; pero es hasta en 1866, en la ciudad de Nueva York donde se da el primer caso de protección legal al menor: Mary Ellen Willson era una niña ilegítima de nueve años de edad que era golpeada continuamente provocándole señales de maltrato físico, síntomas de desnutrición severa y que además la mantenían atada a una cama, una trabajadora de la caridad tuvo conocimiento de la situación e intentó intervenir en su defensa acudiendo a las agencias de protección, incluyendo a la policía y al departamento de caridad del Estado. Sin embargo, y puesto que no existían en ese momento leyes que reconocieran específicamente el maltrato de los niños por sus padres o cuidadores, estas instancias rehusaron emprender cualquier tipo de acción o proporcionar ayuda; por lo que la trabajadora acudió a la *Sociedad Americana para la Prevención de la Crueldad Hacia los Animales*, puesto que los animales se encontraban

legalmente protegidos del tipo de violencia a que Mary Ellen se encontraba sometida y puesto que era parte del reino animal, debía ser posible que esta sociedad para la protección animal interviniera ante los tribunales en defensa de ella. El argumento que se empleó en el proceso judicial era que Mary Ellen merecía al menos, tanta protección como un perro común; sobre esta base, se ganaba en 1874 (ocho años después) el primer proceso judicial en Estados Unidos que defendía a un menor de los malos tratos físicos y la negligencia, reconociéndose oficialmente por primera vez el maltrato infantil (Gracia y Musitu, 1993).

Como podemos observar, los niños no tenían ningún derecho, no existía una conciencia sobre las necesidades primarias y mucho menos sobre el cumplimiento del rol de cuidador, por lo que el maltrato infantil culturalmente ha sido una forma de relación social para muchas familias a nivel mundial.

A partir del caso de Mary Ellen, en el siglo XX se promueven con mayor énfasis la necesidad de promulgar nuevas leyes y tratados que formen parte de esta transición hacia la protección del menor. Como consecuencia de estos eventos en 1883 se fundó la Sociedad Para la Prevención de la Crueldad Hacia los Niños en Inglaterra (Kempe y Kempe, 1970; Gracia y Musitu, 1993).

En 1924, la Asociación Internacional de Protección a la Infancia promulgó la primera declaración sistemática de los Derechos del Niño, revisada en 1946. Documento que contiene siete principios fundamentales, a continuación se citan los tres primeros artículos, correspondiente a la integridad física y moral de menor:

- I.- El niño debe ser protegido excluyendo toda consideración de raza, nacionalidad o creencia.
- II.- El niño debe ser ayudado, respetando la integridad de la familia.
- III.- El niño debe ser puesto en condiciones de desarrollarse normalmente desde el punto de vista material, moral y espiritual

Posteriormente en 1959, el Consejo Económico y Social de la Naciones Unidas (ECOSOC), elabora el Decálogo de los Derechos del Niño. En 1966 es aprobado el Pacto Internacional sobre Derechos Civiles y Políticos, en la Asamblea General de la Organización de las Naciones Unidas; el cual confirma el derecho a la vida, prohíbe la esclavitud y la práctica de tortura, la instigación a la guerra y la propagación del odio racista y religioso. Establece en forma específica que todo niño tienen derecho sin discriminación alguna a medidas de protección: tanto de su familia, como de la sociedad y del Estado; todo niño será inscrito inmediatamente después de su nacimiento y deberá tener un nombre, derecho a adquirir una nacionalidad (artículo 24) Con esta base se crea un Comité de Derechos Humanos (Jiménez, 2001).

Actualmente México, como miembro de la Organización de las Naciones Unidas y de la Organización de Estados Americanos, ha adoptado medidas legislativas internacionales encaminadas a la protección de los derechos de la niñez. [...] Adicionalmente en nuestro país emerge de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, el marco jurídico donde se fundamentan las conductas legales vinculadas con el maltrato a menores, la investigación de delitos y la administración de justicia; leyes que se encuentran establecidas en el Código Civil y Código de Procedimientos Civiles así como en el Código Penal y el Código de Procedimientos Penales para el Distrito Federal y el resto de las entidades federativas. En México el desarrollo de la Norma Oficial Mexicana contra la Violencia Familiar instrumento legal que permite desde el año 2000, reconocer la detección, atención y registro de los casos de violencia familiar incluyendo el maltrato infantil; comprometiendo al personal de la salud a denunciar toda forma de maltrato de la que es víctima un menor.⁵

⁵ *Norma Oficial Mexicana NOM-190-SSA1-1999. Prestación de Servicios de Salud. En Programa de Actualización Continua en Pediatría-3 (2004).*

2. MALTRATO INFANTIL

2.1 Conceptualización

La información y conceptualización que se tiene sobre el maltrato al menor, probablemente se puede establecer desde los últimos años del siglo XIX; ya que uno de los primeros reportes fue en 1868 por Ambroise Tardieu, catedrático de Medicina Legal en París, el cual describió por primera vez los hallazgos obtenidos en las autopsias de 32 niños golpeados y/o quemados hasta producirles la muerte; sin embargo, sólo se basó en especificar las lesiones y no la causa. En el mismo año, Athol Jonson, en Londres, describió sobre la frecuencia de fracturas múltiples en los niños; las cuales atribuyó al estado de los huesos, siendo en aquella época el raquitismo una generalidad entre los niños londinenses; actualmente se sabe que casi todos los casos descritos por él eran en realidad casos de maltrato infantil. En 1946 Caffey informó sobre sus primeras observaciones clínicas, no explicadas sobre la asociación entre hematomas subdurales y alteraciones radiológicas anormales de los huesos largos (Kempe y Kempe, 1979). En 1953, Silverman describió lo que llamó “traumatismos esqueléticos no reconocidos” y sugirió que muy posiblemente los padres eran los culpables de tales hechos; con ello hizo un señalamiento de gran importancia ya que por primera vez se responsabilizaba al cuidador de las lesiones descritas. En 1961, el pediatra norteamericano Henry Kempe presentó ante la Academia Americana de Pediatría el término “Síndrome del niño golpeado; así como las primeras cifras de incidencia sobre maltrato infantil. (Loredo 1994). El espectro del síndrome se amplió cuando Fontana en 1973 señaló que también es factible observar en estos niños una serie de alteraciones emocionales, carencias nutricionales y negligencia.

2.2 Definición de Maltrato Físico

Si bien, actualmente se reconoce el maltrato infantil, su definición por diferentes investigadores o instituciones muestra variantes; ya que algunas se han propuesto en el contexto médico-social, otras en ámbitos institucionales y/o jurídicos; por ejemplo, el pionero Henry Kempe en 1979 lo definió como “Aquella situación en la que se daña al niño en forma intencional.” Señalando la diferenciación de aquellos que por accidente de los que son efecto de maltrato.

En México Jaime Marcovich, médico del Hospital Infantil de México, en 1978, publicó el libro *El Maltrato a los Hijos*, otorgando la siguiente definición: “Conjunto de lesiones orgánicas y correlatos psíquicos que se presentan en un menor de edad como consecuencia de la agresión directa no accidental, cometida por un adulto en uso y abuso de su condición superioridad física, psíquica y social”.

En el 2004 en el Boletín Médico del Hospital Infantil de México se publicó, la propuesta de Perea y cols. los cuales integran la Clínica de Atención Integral al Niño Maltratado (CAINM) en el Instituto Nacional de Pediatría (INP); dicha propuesta es la siguiente: “Toda agresión u omisión intencional dentro o fuera del hogar contra un menor (es), antes o después de nacer y que afecte su integridad biopsicosocial, realizada habitual u ocasionalmente por una persona, institución o sociedad, en función a su superioridad física y/o intelectual”.

En cuanto a las instituciones gubernamentales el Sistema de Protección y Desarrollo Integral de la Familia (2004), lo define como: “La denominación que reciben las agresiones que los adultos descargan sobre los menores, produciéndoles daños físicos y emocionales, afectando su desarrollo intelectual, educación y su adecuada integración a la sociedad. Generalmente son los familiares cercanos quienes de manera intencional los lesionan, con el pretexto de corregir su conducta por desobediencia o no cumplimiento de las tareas encomendadas”.

En relación a organismos internacionales el Fondo Internacional de Socorro de la Infancia (UNICEF), conceptualiza y contextualiza el maltrato, “en aquellos menores de 18 años que sufren ocasional o habitualmente actos de violencia física, sexual o emocional, sea en el grupo familiar o en las instituciones social”.

Con respecto al ámbito jurídico, existe desde 1999, la Norma Oficial Mexicana; ley de asistencia y prevención de la violencia familiar, el cual postula como maltrato a “Todo acto de agresión intencional en el que se utilice alguna parte del cuerpo, algún objeto, arma o sustancia para sujetar, inmovilizar o causar daño a la integridad física del otro, encaminado hacia su sometimiento y control”.

Como podemos observar existen diferentes definiciones, todas ellas emergen de diferentes grupos que buscan conocer, entender y eliminar en los niños el fenómeno de la violencia.

2.3 Descripción

El maltrato, no es un acontecimiento aislado, sino que es un proceso que viene determinado por la interacción de varios factores: sociales, familiares y del propio niño. En la actualidad la violencia social está presente en la vida cotidiana de casi todas las comunidades humanas del mundo, los niños, mujeres, discapacitados y adultos mayores constituyen los grupos más vulnerables ante tal situación. Actualmente la Organización Mundial de la Salud declaró la violencia en contra de los niños como un problema de salud pública (Perea y Loredo 2001), el cual se encuentra oculto y que en muchas ocasiones se pasa por alto o se niega su existencia por razones sociales y culturales; ya que a menudo amenaza intereses políticos, religiosos y económicos; de ahí la complejidad de la intervención y la dificultad e importancia de la actuación coordinada que lleven a cabo las distintas instituciones implicadas y los profesionales que desarrollan su actividad en las mismas.⁶

⁶ *Atención al Maltrato Infantil Desde la Salud Mental.* (2000)

La prevalencia real del maltrato infantil es desconocida, ya que la mayoría de los casos no son detectados, por la propia naturaleza del problema que en gran número se produce dentro de la propia familia, el miedo a la denuncia, la formación insuficiente de profesionales y el hecho de que el agredido sea un niño, hace difícil el conocimiento de dichos casos. Diferentes expertos asemejan la situación a la de un "Iceberg", estimando que los casos detectados son solo una pequeña parte de los casos reales.⁷

A partir de los datos disponibles conocemos que son los niños más pequeños, los que no pueden o los que tienen más dificultades para pedir ayuda, son los que con mayor frecuencia son maltratados y los que también más frecuentemente fallecen a consecuencia de ello. De ahí la importancia de no olvidar que cualquier niño puede ser objeto de maltrato, que cualquier niño con lesiones puede ser víctima de maltrato y que para poder detectarlo debemos primero pensar en su existencia.⁸

En México se inicia el interés del maltrato infantil cuando aparece en 1968 el trabajo de Riojas y Manzano, del Instituto Mexicano del Seguro Social, quienes detectaron los casos a través de estudios radiográficos. Posteriormente Espinosa y Cáceres presentaron los resultados de un estudio, haciendo especial énfasis en los aspectos psicológicos y legales de los niños. En 1981 Jaime Marcovich publicó un libro acerca del tema y fue él quien realmente despertó la conciencia no solamente de médicos que atienden niños, sino también de otros profesionales, acerca de las diversas formas de maltrato. En 1984, Loredo y Reynés publicaron los casos que se habían presentado en el Instituto Nacional de Pediatría durante 14 años (Loredo 2004). En la actualidad existen otros grupos que trabajan el tópico, sin embargo la desarticulación de las organizaciones, dificulta que se tengan cifras confiables.

Como fenómeno sociocultural, el maltrato infantil afecta la interacción temprana del niño con sus padres, dado el desconocimiento de las necesidades de un hijo, la inexperiencia

⁷ *Maltrato Infantil: prevención, diagnóstico e intervención desde el ámbito sanitario.* (1995).

⁸ *Atención al Maltrato Infantil Desde Salud Mental.* (2000).

en el proceso de la crianza o la ausencia de una preparación para cumplir con la función paterna de proveer cuidados, protección, afecto y respeto.⁹

Las condiciones en las que se presenta el embarazo son determinantes para la actitud que los padres tengan durante la gestación, parto y desarrollo postnatal del niño. Algunas de estas situaciones incluyen la planeación del embarazo, la calidad en la relación de la pareja, las condiciones económicas y la presencia de figuras de apoyo en el núcleo familiar, con las que se puedan compartir temores, angustias, necesidades, etc. Al respecto,¹⁰ Bruner (1975), refiere que el adulto cumple un rol doble siendo además de cuidador, un orientador que abra de utilizar el afecto para hacer del niño un ser activo en el proceso comunicativo y crear un vínculo de apego satisfactorio.¹¹

Sin embargo, en el maltrato infantil no sucede ésto; el cuidador tiende a tener diferentes actitudes hacia el niño cuando maltrata, las cuales se pueden clasificar por acción-actitud activa: lesiona al niño física, psíquica y/o sexualmente; por omisión-actitud pasiva: lo genera cuando deja de atender las necesidades básicas del niño, cuando existe un desapego o indiferencia constituido por la falta de disposición de los padres. (Loredo, 2004) En consecuencia todas las formas de maltrato tienen un impacto que persiste mucho tiempo después que las lesiones físicas han sanado; por ello se afirma que en cualquier tipo de maltrato siempre estará presente el *maltrato psicológico*; e incluso aunque no existan lesiones físicas o sexuales el niño puede sufrir lesiones emocionales, por lo que se considera que el *maltrato psicológico* subordina a los demás tipos de maltrato (Hamamman, 2000)

Al respecto Garbarino (1999) propone que se entienda por acción a cuatro diferentes conductas contra el niño:

a. Agresión verbal: conducta verbal constante que ofende, humilla y denigra el autoconcepto del menor.

⁹ Gómez, Perea , Martín, Cerezo (2004) *Maltrato psicológico. Impacto en el desarrollo cognoscitivo, emocional y nutricio del menor*. En Loredo, A. (2004).

¹⁰ Op cit.

¹¹ Bruner (1975) citado en Schum (1988)

- b. Rechazo: conductas que indican abandono, como es no mostrar afecto ni reconocimiento a los logros del niño.
- c. Terror: amenazar al niño, imponiéndole castigos vagos o extremos con lo que se crea un ambiente impredecible de amedrentamiento.
- d. Corrupción: por medio de la cual los padres socializan mal al niño y refuerzan una conducta antisocial o desviada.

Mientras que por omisión se considera:

- a. Aislamiento: ejercido por padres que evitan que el niño mantenga y aproveche las oportunidades normales de relación social de manera positiva y activa.
- b. Indiferencia: constituido por la falta de disponibilidad psicológica de los padres, los cuales permiten el uso de sustancias adictivas, conductas de inadaptación, además de no cumplir los cuidados psicológicos y emocionales que requiere el menor.
- c. Desapego: inatención pasiva o pasiva-agresiva de los padres hacia las necesidades del niño, que evita la creación de un vínculo afectivo positivo y mutuo.

Por lo tanto, el maltrato psicológico se puede considerar como “toda *acción* u *omisión* intencional que un individuo de edad mayor a la del niño ejerce contra éste, afectando su desarrollo cognoscitivo, emocional y sus habilidades de socialización, y por lo tanto la integración de su personalidad”.¹²

Si bien el maltrato infantil se puede presentar en el ámbito familiar, por el padre, madre, hermanos; por la familia extensa; tíos abuelos, etc. De igual forma se puede manifestar por personas que no forman parte de la familia del niño; por determinadas instituciones o por la misma sociedad (Soriano, 2001).

¹² Garbarino (199) en Gómez, Perea, Martín, Cerezo (2004) *Maltrato psicológico. Impacto en el desarrollo cognoscitivo, emocional y nutricio del menor*. En Loredo, A. (2004)

En la actualidad se ha podido precisar que un menor puede ser víctima de diversas formas de agresión. Para su mejor comprensión se han agrupado en dos categorías: conocidas y poco conocidas; ambas pueden ocurrir dentro o fuera del hogar (cuadro 1).¹³

Cuadro 1

Conocidas	Poco Conocidas
- Maltrato Físico	- Abuso fetal
- Abuso sexual	- Síndrome del niño sacudido
- Maltrato psicológico	- Münchausen por poder
- Negligencia	- Niños de la frontera
- Abandono	- Abuso infantil por ritualismo
- Niños de la guerra	
- Maltrato étnico	

El síndrome del niño sacudido, siendo una variante del maltrato físico es poco conocida dentro del ámbito médico y desconocida prácticamente para otras áreas relacionadas a la salud como son: la psicología, trabajo social y jurídica.

¹³ Loredo (2004). *Maltrato a niños y adolescentes*.

El amor de la madre significa dicha, paz, no hace falta merecerlo. [...] Si existe, es como una bendición: si no existe, es como si toda la belleza hubiera desaparecido de la vida.
Erich Fromm

3. SÍNDROME DEL NIÑO SACUDIDO VARIANTE DEL MALTRATO FÍSICO

El síndrome del niño sacudido ha prevalecido oculto para los ojos de los expertos, ya que su difícil diagnóstico clínico y el no tener una historia social que confirme el maltrato ha sido un obstáculo para su identificación. Sin embargo, esta variante del maltrato físico, causa lesión severa a nivel intracraneal provocando retraso psicomotor, ceguera o incluso la muerte. Actualmente algunos de los casos han sido identificados, otros han pasado desapercibido por el desconocimiento de este tipo de lesiones; por lo que se le considera una manifestación invisible del maltrato, ya que las lesiones son internas y no se visualizan fácilmente (Loredo, 2004).

Los hallazgos de este tipo de lesión en los niños se remonta a Caffey (1946); el cual describe seis casos de bebés de 13 meses de edad en promedio, quienes padecían una combinación de hematomas subdural y lesiones óseas; sin embargo no lo relaciona al abuso por parte de los padres.¹⁴ Posteriormente en 1974 el mismo Caffey, 28 años después, describió que al sacudir la cabeza de un niño en forma repetida mientras se le mantiene asido por los brazos o por el tórax, se le puede provocar hemorragia en el sistema nervioso central. Fue entonces cuando se acuñó el término “*síndrome del niño*

¹⁴ Yamin y Castro. *Síndrome del Niño Sacudido*. En Loredo, A. (2001) *Maltrato en el niño*. México: McGraw-Hill

sacudido".¹⁵ Sin embargo, previamente Guthkelch en 1971 había afirmado esta misma descripción. (Anexo 1)

En 1998 Duhaime y cols. Establecieron que cuando el niño es sacudido, posiblemente puede ser lanzado contra su cuna, cama o cualquier otra superficie, golpeando la cabeza [...] se adiciona así, el concepto de impacto, lesión posterior a la sacudida que recibe el bebé, conceptualizándolo como "*síndrome del niño sacudido e impactado*".

El mecanismo es a partir de tomar al niño por los hombros, brazos, axilas o tórax y es "sacudido" de adelante hacia atrás con movimientos violentos, repetitivos y rudos que generan fuerzas de aceleración y desaceleración, como el encéfalo y el cráneo tienen densidades diferentes, uno se mueve en un sentido y otro en el contrario, esto origina contusión cerebral y hemorragia intracraneal; entre la sustancia gris y la sustancia blanca también se origina rotura por sus diferentes densidades. Las aceleraciones angulares que ocurren a intervalos cortos generan hemorragias internas. Según Duhaime y cols. Cuando el niño es "lanzado" sobre alguna superficie y la región posterior de su cráneo la contacta, el cerebro sufre desaceleración y este efecto produce más desgarros en los vasos y el parénquima.¹⁶ (Duhaime y cols. 1998)

Los casos de maltrato en general, tienen un subregistro importante. Montelione y Brodeur, señalan que el 50% de las muertes causadas por trauma no accidental corresponden al síndrome del niño sacudido y, en 1997, la Academia Americana de Pediatría reportó que el maltrato infantil es la causa de ocho muertes por millón al año y entre el 60 y 80% de estos casos fatales corresponden a trauma craneoencefálico. Por la dificultad que representa el reconocer los casos de síndrome del niño sacudido, es posible deducir que las cifras reales de su frecuencia son difíciles de precisar. (Yamin, 2004)

En México no se cuenta con estadísticas sobre el fenómeno, su investigación es reciente, la cual se inició por la Clínica de atención Integral al Niño Maltratado del Instituto

¹⁵ Perea, Loredo y Güicho (2004). *El niño sacudido/impactado: una modalidad de maltrato físico severo*. En Loredo (2004) *Maltrato en niños y adolescentes*.

¹⁶ Yamin y Castro (2004). *Síndrome del Niño Sacudido*. En Loredo (2001) *Maltrato en el niño*.

Nacional de Pediatría en el 2001, dando origen al presente trabajo. Sin embargo ello no indica que el fenómeno sea poco frecuente; ya que el poco conocimiento que se tiene por parte de los servicios de salud hace que pasen desapercibido y solo en algunos casos se sospeche de maltrato infantil.

Starling y cols. En una recopilación de 127 casos comprobados de síndrome del niño sacudido, encontraron que los perpetradores son del sexo masculino en 60% de los casos, entre ellos: el padre, los padrastros, o los novios de las madres y hacen hincapié en que las niñeras o cuidadores temporales constituyen un factor de alto riesgo. Showers (1997) destacó que en Estados Unidos los adultos jóvenes, varones, padre del niño o novio de la madre conforman 65% a 90% de los agresores y que entre las mujeres, son las niñeras, y no las madres, las que predominan como perpetradoras del hecho.¹⁷

En cuanto al sexo, los varones son 1.5 veces más frecuentemente sacudidos que las niñas, pero el número de muertes es igual en ambos sexos. Factores relacionados con el niño como: premadurez, el ser el producto de un embarazo no deseado, las discapacidades físicas, los lactantes irritables o llorones se consideran grupos de riesgo (Yamin y Castro, 2001). En relación a la edad de presentación, esta tiende a ser en niños menores de 5 años (Alex y Levin, 1999, Loredó y Cols 2004)

La academia Americana de Pediatría destaca que el síndrome del niño sacudido es la consecuencia de una desproporcionada respuesta a la tensión y frustración acumuladas de un adulto, generadas por un niño irritable o que llora constantemente. El cuidador tiene ciertas expectativas sobre el niño, alejadas de la realidad y cuando éste no logra satisfacerlas se desencadena su furia hacia él, desconociendo muchas veces las fatales consecuencias de la acción del cuidador. La combinación de un niño irritable, intranquilo o que llora constantemente ante un adolescente o adulto víctima de una situación de estrés, con tendencia a la violencia y poco control de su impulsividad, puede ubicar al

¹⁷ Yamin y Castro (2001) *Síndrome del Niño Sacudido*. En Loredó (2001) *Maltrato en el niño*.

menor en un ambiente de riesgo para ser sacudido en el intento por parte del cuidador de calmar al niño o tal vez con la intención de lastimarlo.¹⁸

Sin embargo en la actualidad no se tienen estudios que permitan establecer cuales son las características niño, de los padres y el ambiente que propicie esta forma especial de maltrato.

¹⁸ Op cit.

4. EL PRIMER AÑO DE VIDA

4.1 Desarrollo Psicológico del Niño

Al nacer, el tamaño de la cabeza representa casi la cuarta parte de la longitud total del cuerpo (Craig, 2001), esta equipado con una serie de sistemas o reflejos de conducta listos para entrar en actividad y orientados de tal manera que se activan con ciertos estímulo (Bolwby, 1993), la mayor parte de estos reflejos suele desaparecer al segundo y tercer mes y se reemplazan de manera gradual por acciones voluntarias; el descubrimiento personal también suele comenzar en este periodo: descubre sus manos y sus dedos; pasa mucho tiempo observándolos, estudiando sus movimientos, juntándolos y cogiendo una mano con la otra. [...] Con el tiempo combina, en una secuencia, movimientos de alcance, prensión y se lleva los objetos a la boca; entonces, su mundo se transforma al explorar de modo más sistemático los objetos. Aproximadamente en el tercer mes de vida el bebé sostiene la cabeza, dando paso al sentado el gateo y logrando mantenerse de pie alrededor de los 8 o 9 meses; así mismo, participa activamente en juegos sociales: quitarle el objeto a un adulto, dejar caer un objeto ver a alguien recogerlo y volverlo a tirar; logrando al año de vida caminar y explorar su mundo de forma diferente. (Craig, 2001; Papalia, 2002)

Del nacimiento hacia las ocho semanas, el bebé tiene una limitada habilidad para distinguir a una persona, en este caso al cuidador, y si las condiciones son desfavorables puede prolongarse un tiempo mayor. A menudo el bebé deja de llorar al oír una voz o ver

un rostro, cada una de estas pautas de conducta infantil, al influir sobre la conducta del acompañante, suele incidir sobre el tiempo en que el bebé pasa en compañía de esa persona;¹⁹ poco a poco y al acercarse a los seis meses de edad el bebé no sólo empieza a discriminar al cuidador y el modo en que lo trata, sino que su repertorio de respuesta se extiende hasta incluir el seguimiento de la madre que se aleja, el saludo a su regreso y la elección de esa figura como base desde la cual explorar. El bebé elige determinadas personas como figuras de afecto subsidiarias, en tanto que descarta a otras; el niño trata con mayor cautela a los extraños, los cuales más tarde provocan en él una sensación de alarma, haciendo que se aparte de ellos (Bolwby, 1993), con ello manifiesta su apego a la figura de protección.

4.2 Teoría del Apego

A partir de los estudios psicoanalíticos y etológicos, Bolwby psicólogo inglés desarrolla la teoría del apego, en la cual postula que los sentimientos de una madre por su bebé y la conducta mostrada hacia él también están profundamente influidos por sus anteriores experiencias personales, sobre todo aquellas que tuvo y pueden estar teniendo aún con sus propios padres; y aunque las evidencias con respecto a las actitudes del padre son menos abundantes, las que existen apuntan claramente a la misma conclusión. Por lo que el apego es cualquier forma de conducta que tiene como resultado el logro o la conservación de la proximidad con otro individuo claramente identificado al que se considera mejor capacitado para enfrentar al mundo (Bowlby 1989) e incluso estaba convencido de que las experiencias reales dentro de la familia eran mucho más importantes, siendo la causa básica del trastorno emocional.

Los estudios de Bolwby, enfatizan la necesidad innata de interacción social, de protección y apoyo que todos los seres humanos tienen; especialmente durante la primera infancia, pero también en etapas posteriores. [...] El sistema conductual de apego, es un

¹⁹ Rheingold (1961) en *The effect of environmental stimulation upon social and exploratory behaviour in the human infant*. En Bowlby (1993)

sistema organizado de conductas y emociones que aumenta la probabilidad de que el niño establezca unas relaciones de apego con su cuidador principal. [...] Al nacimiento ciertas respuestas reflejas del hijo promueven la protección de la madre y el contacto entre ambos, mientras que otro tipo de respuestas (gestos, llanto, sonrisa) actúan como señales de comunicación social. La madre también está dotada biológicamente para responder al hijo, tendiendo al contacto corporal (abrazos, caricias) y a la comunicación verbal y gestual con él. Aunque el niño al principio dirige sus señales de búsqueda de la proximidad indiscriminadamente a todas las personas de su entorno inmediato, estas conductas se irán centrando cada vez más en las figuras primarias que respondan a su llanto e interactúen con él.

De acuerdo a Bowlby, las relaciones de apego del niño con el cuidador principal van cambiando siguiendo una secuencia de cuatro fases. En un primer estadio de orientación y señalización social indiscriminadas, de la octava a la doceava semana, el bebé no diferencia claramente a unas personas de otras, limitándose a aceptar a todo aquel que le proporcione comodidad, emitiendo de forma indiscriminada sus señales. Durante una segunda fase de sociabilidad discriminante, 6 a 8 meses, el niño manifiesta ya una preferencia por las personas familiares y comienza a orientar su repertorio conductual de modo más exclusivo hacia la figura principal de apego; sin embargo, aún no protesta cuando se marcha. En la tercera fase es cuando surge el apego propiamente dicho, 6 meses a los 3 años, búsqueda activa de la proximidad al cuidador, utilización de la figura de apego como base segura; hacia los ocho meses se aflige y protesta cuando se marcha el cuidador e intenta seguirlo; a los 10 meses aparece el miedo a los extraños.

La conducta del niño se adapta para complementarse con la del cuidador que responde de forma contingente y apropiada a sus señales. Sin embargo, cuando la conducta del adulto se aparta de manera notable y consistente de la norma evolutiva, el repertorio del niño para la consecución y mantenimiento de la proximidad puede resultar ineficaz, repercutiendo negativamente en los procesos. [...] La eficacia de las señales que promueven la proximidad y el contacto del niño con su cuidador dependen de lo apropiada y rápida que sea su respuesta. El hijo se apegará a aquellas personas que de

modo consistente y apropiado respondan a sus señales y conductas de búsqueda de proximidad. Una vez apegado, el hijo utiliza a la figura principal como base segura para la exploración del ambiente y como refugio al que retorna ante una situación de peligro. El desarrollo de la conducta de apego es un sistema organizado, teniendo como objetivo la conservación de la proximidad o de la accesibilidad a una figura materna discriminada (Bolwby, 1989).

Ainsworth y cols. (1971) describió tres pautas principales de apego, junto con las circunstancias familiares que las favorecen: la pauta de apego seguro; en la que el individuo confía en que sus padres o figuras parentales, serán accesibles, sensibles y colaboradores si él se encuentra en una situación adversa o atemorizante. Con esta seguridad, se atreve a hacer sus exploraciones del mundo. Esta pauta es favorecida por el progenitor, en los primeros años especialmente por la madre, cuando se muestra fácilmente accesible y sensible a las señales de su hijo, y amorosamente sensible cuando éste busca protección y/o consuelo.

Una segunda pauta es el apego ansioso (ambivalente); en el cual el individuo está inseguro de si su progenitor será accesible o sensible o si lo ayudará cuando lo necesite. A causa de esta incertidumbre siempre tiene tendencia a la separación ansiosa, es propenso al aferramiento y se muestra ansioso ante la exploración del mundo. Esta pauta, se ve favorecida por el progenitor que se muestra accesible y colaborador en algunas ocasiones pero en otras utiliza las amenazas de abandono como medio de control.

Una tercera pauta es la del apego evasivo; en el que el individuo no confía en que cuando busque cuidados recibirá una respuesta servicial sino que, por el contrario, espera ser desairado, el niño explora activamente el entorno, pero sin buscar el acercamiento al cuidador, desvinculado con la figura de apego. En un grado notorio ese individuo intenta vivir su vida sin el amor y el apoyo de otras personas, intenta volverse emocionalmente autosuficiente y egocéntrico (Bolwby, 1989).

De acuerdo a la teoría del vínculo, la calidad y seguridad en las primeras relaciones que se establecen entre el niño y sus cuidadores son elementos esenciales para el desarrollo adaptativo del niño. Un vínculo seguro entre el niño y sus padres refleja un estilo parental caracterizado por la sensibilidad y respuesta a las necesidades y señales del niño. Un resultado importante de la aceptación accesibilidad y respuesta parental, es lo que proporciona al niño una base segura a partir de la cual explora su entorno, lo que facilita el dominio progresivo del entorno físico y social.

Por el contrario, conductas parentales durante el primer año de vida, caracterizadas por la insensibilidad, el rechazo y la no respuesta tienen como resultado una relación de vínculo insegura entre el niño y sus padres o cuidadores (Ainsworth y Cols., 1978; Egeland y Farber, 1984; Belsky y Cols., 1984). A su vez, como diversos estudios han observado, el desarrollo de una relación de vínculo insegura en la infancia, se encuentra asociada con la aparición de posteriores problemas en diversas áreas del funcionamiento adaptativo como, por ejemplo, la interacción con otros adultos, la exploración del mundo físico, el desarrollo del juego simbólico y habilidades cognitivas como la resolución de problemas. La aparición de estos problemas es consecuencia de la incapacidad de los padres de proporcionar al niño una base segura a partir de la cual explora el mundo. [...] Las predicciones realizadas desde éste punto teórico, demuestran que cuando se comparan niños cuyas relaciones con los padres no presentan características disfuncionales, los niños maltratados exhiben una alta proporción de vínculos ansiosos o evasivos con sus cuidadores (Gracia y Musitu, 1993).

Con respecto a la madre Ainsworth observó que los niños cuyas madres han respondido sensiblemente a sus señales durante el primer años de vida, no sólo lloran menos durante la segunda mitad de ese año que los bebés de madres menos sensibles, sino que están mejor dispuestos a aceptar los deseos de sus padres. Podemos decir que los bebés, están preprogramados para desarrollarse de manera socialmente cooperativa; que lo hagan o no depende en gran medida de cómo son tratados. Así, una característica de la madre cuyo bebé se desarrolla de una manera segura, es que está controlando continuamente el estado de su bebé y cuando el señala que necesita atención, ella registra las señales y actúa de

acuerdo con ellas. En contraste, la madre de un bebé que más tarde presenta un apego ansioso, probablemente controla el estado de su bebé sólo de manera esporádica y, cuando percibe las señales, responde tardía y/o inadecuadamente. (Bolwby, 1989)

En relación al llanto Bolwby (1993) señala que los acompañantes del bebé no acogen el llanto con agrado, ya que las variaciones en el ritmo y escala de gritos o sollozos del bebé son muy amplias, por lo cual no es fácil habituarse a ellas; por lo que el o los cuidadores suelen hacer cuanto está a su alcance para poner fin cuando se produce o para evitar que se produzca, la socialización con el bebé es un factor que induce a su terminación o reduce las posibilidades de que se reitere esa conducta.

En relación al llanto Frodi y Lamb (1980), en un estudio de laboratorio en el que se mostraron filmaciones de niños que lloraban, las madres que recurrían a los malos tratos respondían al niño que lloraba con menos compasión que un grupo de madres que o no recurrían a los malos tratos. Además estas mismas respuestas adversas eran expresadas por las madres del primer grupo incluso cuando se les enseñaban filmaciones de niños sonrientes, lo cual sugería que les desagradaba cualquier forma de interacción con el bebé.²⁰

En un estudio realizado por Isabella (1993) se observó la sensibilidad, el rechazo y el nivel de actividad mostrada en madres primerizas hacia su hijo cuando tenía uno, cuatro y nueve meses. Las madres clasificadas como apego seguro respondían de forma más sensible y menos rechazante. Las del grupo de evitación presentaban más conducta de rechazo a los nueve meses, mientras que las madres clasificadas con apego ansioso (ambivalente) tenían un nivel mínimo de sensibilidad y se mostraban rechazante con el hijo cuando tenían un mes de vida.

Main, Kaplan y Cassidy (1985) a través de entrevistas descubrió una marcada relación entre el modo en que la madre describe sus relaciones con sus padres en la infancia y la punta de apego que su hijo tiene con ella. [...] No obstante hubo un segundo

²⁰ Frodi (1980) Chile abusers's responses to infant smiles and cries. En Bowlby (1989)

descubrimiento, con algunas madres que afirmaron haber tenido una infancia muy desdichada pero que sin embargo tenían hijos que mostraran un apego seguro hacia ellas; dichas madres se caracterizaban porque al describir el rechazo que vivieron y maltrato durante la infancia, podían contar su historia de una manera fluida y coherente, mostrando sus emociones, referían los aspectos positivos de sus experiencias e integrándolos con los negativos. En su capacidad de equilibrio psicológico se parecían a las madres de los niños seguros.²¹

²¹Main, Kaplan, y Cassidy (1985) *Security in infancy, childhood and adulthood: a move to the level of representation*. En Bowlby (1989)

5 CARACTERÍSTICAS PSICOLÓGICAS: PADRES QUE MALTRATAN

Siempre han existido padres que maltratan a sus hijos, hasta hace poco se reconoce el grado de extensión del problema; por lo general la violencia era atribuida a un padre alcohólico o a una madre desnaturalizada. Las familias implicadas parecían pertenecer siempre a las clases menos privilegiadas socioeconómicamente; no obstante, ahora sabemos que los padres que maltratan a sus hijos proceden de todos los niveles sociales, que pueden tener niveles educativos altos o bajos o pertenecer a cualquier raza o religión.²²

Las familias que maltratan a sus hijos no forman un grupo homogéneo, los malos tratos a menores suceden independientemente de la edad, sexo o grupo social; tanto del maltratador como de la víctima, es indispensable tomar en cuenta los factores de riesgo: características del agresor *activo*, características agresor *pasivo*, características del menor que se convierte en víctima de los malos tratos, factores del entorno y factores familiares.²³

Wolfe, (1987) describe que el maltrato infantil llamó la atención de los investigadores, a principios de la década de los sesenta, con lo cual han sido numerosos los esfuerzos dirigidos a obtener un perfil psicológico de los padres que maltratan a sus hijos; el supuesto a esta búsqueda, es que la gran mayoría de los padres son capaces de responder

²² Loredo (1994) *Maltrato al menor*.

²³ Op cit.

a las exigencias de su rol sin recurrir a la violencia, probablemente los padres que maltratan a sus hijos carecen de algún tipo de control interno, se preocupan poco por cumplir su rol de padre o mantienen creencias distorsionadas acerca de la importancia de una disciplina extremadamente dura y rigurosa.²⁴

Las primeras teorías, basadas fundamentalmente en la experiencia clínica, postulaban una relación entre el abuso infantil y la presencia de enfermedad mental o de algún síndrome o desorden psicológico específico, se pensaba que los padres responsables de malos tratos se caracterizaban por una personalidad psicótica. En la actualidad se conoce que sólo entre un 10 y un 15% de los padres abusivos han sido diagnosticados con un síntoma psiquiátrico específico (Marcovich, 1978; Cantón y Cortés, 2002)

Con respecto a la transmisión intergeneracional, Cantón y Cortes, (2002) puntualizan que el haber sido víctima en la infancia durante un tiempo prolongado guarda relación con la posibilidad de que el individuo llegue a convertirse en un padre abusivo, ya que los niños maltratados tiene problemas con la regulación de la emoción, la agresión y con la empatía, de modo que el maltrato y el abandono infantil pueden promover un tipo de personalidad hostil que puede ser una causa próxima de maltrato. Clement Smith (1973), ha sugerido que se trata de una enfermedad del adulto que encuentra su expresión en el niño.²⁵

Las investigaciones realizadas indican que ciertas variable de personalidad de los padres pueden desempeñar un papel importante en los malos tratos a los hijo; los cuales describen que los padres abusivos tiene dificultades para controlar sus impulsos, presentan una baja autoestima y muestran una escasa capacidad de empatía. Así mismo, la mayoría de las investigaciones han encontrado que el abuso infantil se relaciona con la depresión y con la ansiedad de los padres. (Cantón 2002)

²⁴ Wolfe (1987) Child abuse: Implications for child development and psychopatology. En Gracia y Musitu (1993).

²⁵ Smith (1973) *The battered child*. En Loredó (2004) *Maltrato en niños y adolescentes*.

Loredo (1994) en una muestra, (recopilada del INP), de 54 familias maltratadoras, destaca que la edad de la madre oscilaba entre los 26 y 30 años la del padre, siendo una edad de maduración biológica ideal para procrear. En relación al agresor se reporta que en el 54% (31 casos) es la madre, dedicada a las labores del hogar; lo cual posiblemente es percibido como una actividad enajenante y poco satisfactoria y probablemente produzca en ellas cierto grado de frustración, estrés y depresión.

Sin embargo, para poder responder a la cuestión de qué es lo que hace que un niño maltratado se convierta en padre abusivo es necesario investigar los posibles mecanismos psicológicos y conductuales responsable de la transmisión. El enfoque del aprendizaje social sugiere que ser víctima y/o observar un comportamiento abusivo durante la infancia aumenta la probabilidad de convertirse en un padre abusivo, debido a que la conducta agresiva se aprende en al infancia y posteriormente se expresa durante el ejercicio de la paternidad. Otro posible mecanismo, esta basado en la teoría del apego, lo cual postula que el niño que han sido maltratado por la persona encargada de cuidarlo propicia el desarrollo del apego inseguro. Las relaciones que van formando este tipo niños maltratados y abandonados pueden continuar confirmando y reafirmando sus modelos internos negativos de funcionamiento. Los teóricos del apego esperan que se produzca una cierta transmisión intergeneracional del abuso infantil, aunque esto no significa que lo consideren determinante. (Cantón y Cortes, 2002)

Actualmente existen diferentes estudios en los que algunos refirman resultados similares, en el *cuadro 1*, se presentan las características psicológicas de los padres que maltratan (Starr, 1982; Wolfe y cols. 1983; Azar y cols. 1984; Loredo y cols. 2004); no obstante algunos estudios resultan ambivalentes; ello no es sorprendente dada la dificultad de definir y medir constructos de personalidad tales como la impulsividad o inmadurez emocional. Por otra parte, algunas investigaciones que han utilizando grupos control con las mismas características sociodemográficas, señalan que tanto las familias no maltratadoras como las maltratadoras, presentan experiencias negativas en la infancia, problemas emocionales y de ajuste personal e insatisfacción emocional; en este sentido, la mayor parte de las características psicológicas distintivas identificadas, pueden

considerarse únicamente como características predisponentes, a las que hay que añadir otros determinantes situacionales del maltrato como lo es el contexto social.

Cuadro 1

<i>I. Área Social</i>
<ul style="list-style-type: none">- Aislamiento de la familia y amigos.- Pobre estimulación y comunicación con el niño.- Tasas desproporcionadas de interacciones negativas en comparación con las positivas, con otros miembros de la familia.- Fracaso en la utilización de métodos disciplinarios para corregir las transgresiones infantiles.
<i>II. Área Psicológica-Emocional</i>
<ul style="list-style-type: none">- Autodescripciones de infelicidad, rigidez y perturbaciones.- Mayor autoexpresión de ira.- Percepción de la conducta del niño como estresante.- Baja tolerancia a la frustración: mayor reactividad emocional (psicofisiológica) a las demandas del niño.- Baja autoestima- Expectativas inapropiadas del niño: desatención a las necesidades y habilidades del niño.- Mayor percepción de estrés.- Pobre expresión del afecto durante las interacciones padre-hijo.
<i>III. Otras variables relacionadas</i>
<ul style="list-style-type: none">- Mayor número de problemas de salud física.- Falta de información sobre la crianza de los hijos.- Promedio de edad de los padres: madre 26, varón 30 años.

Más que proporcionar un perfil distintivo o un cuadro sintomatológico, los estudios comparativos ha ayudado a comprender mejor los patrones de conducta de los padres maltratadores en ciertos contextos situacionales, tales como el manejo de conductas difíciles del niño y la resolución del problemas con otros miembros de la familia. Gracia y Musitu (1993)

Egeland (1988) comparó las características de las madres que consiguieron romper el ciclo de abuso infantil con aquellas otras que fueron incapaces de hacerlo. Los

investigadores informaron que las variables que diferenciaban a los dos grupos de madres eran la presencia de una relación de apoyo emocional, la participación en psicoterapia y determinadas características sociales y personales como el nivel de estrés, ambiente del hogar, ansiedad, depresión, cociente intelectual, cognición social y la tolerancia a la frustración.²⁶ Con respecto a este último aspecto es importante considerar, que cuando existe dificultad en el control de los impulsos prevalece una dificultad para tolerar la frustración y por lo tanto el individuo manifiesta su agresividad de forma impulsiva; no obstante Rosenzweig (1999), postula que existen diferentes formas en que un individuo tolera la frustración que generan los estímulos hostiles de su ambiente; lo cual lo define con los siguientes constructos: intrapunitiva, la agresión está dirigida hacia sí mismo; extrapunitiva, la agresión se dirige hacia el exterior; impunitiva: la agresión se evita y la situación frustrante se describe como carente de importancia, como si no fuera de nadie el error o como susceptible de mejorarse contentándose con esperar y conformándose. Por lo que para analizar el control de los impulsos y la actitud agresiva, posiblemente hay que considerar estos aspectos.

Actualmente existen diferentes hipótesis del porque algunas madres ha roto con el ciclo del maltrato hacia sus hijos; se considera que probablemente en su infancia recibieron cariño y apoyo por parte de un adulto importante, logrando discriminar los estímulos sociales satisfactorios de los hostiles. Posiblemente la terapia recibida por algunas de estas mujeres durante su adolescencia y primeros años de la etapa adulta les proporcionó apoyo emocional en relación a la elaboración de sus experiencias infantiles y la forma de entender cómo sus experiencias de maltrato podían afectar el cuidado que ellas daban a su hijo. Finalmente, las madres que no consiguieron romper el ciclo de maltrato infantil, en comparación con las que habían sido maltratadas pero cuidaban bien de sus hijo, se caracterizaban por vivir en ambientes caóticos e inestables, experimentar un nivel muy elevado de estrés, ansiedad y depresión; presentaron un cociente intelectual más bajo y comprendían las relaciones con sus hijos como complejas. (Cantón y Cortes 2002) Por

²⁶ Egeland (1988) *Breaking the cycle of abuse: implications for prediction and intervention*. En Cantón y Cortés (2000)

otra parte los estudios indican que en este tipo de madres existe la dificultad para reconocer las emociones, lo cual dificulta aún más la interacción madre-hijo.

6. METODOLOGÍA

6.1 *Objetivo General*

Identificar las características psicosociales del núcleo familiar del bebé con diagnóstico de maltrato, variedad “síndrome del niño sacudido”.

6.2 *Preguntas de Investigación*

¿Cuáles son las características sociales en la familia, de bebés que padecieron lesiones que corresponden al diagnóstico: síndrome del niño sacudido (SNS)?

¿Cuáles es su nivel intelectual de las mamás de los bebés con diagnóstico SNS?

¿Cuál es la actitud hacia su medio social de las mamás?

¿Cuál es su nivel de autoestima de las mamás?

¿Cuál la respuesta de las mamás en relación a la tolerancia a la frustración?

6.3 *Definición de Variables*

6.3.1 *Definición Conceptual*

VARIABLE INDEPENDIENTE

Social: elemento concausa, perteneciente o relativo a la sociedad o contendiente entre una y otra clase.²⁷

Nivel Intelectual: es la expresión del nivel de habilidad que de acuerdo con las normas de edad disponible, muestra un individuo en cierto momento.²⁸

²⁷ Real Academia Española. (2000) *Diccionario de la lengua española*. España: Espasa.

²⁸ Anastasi y Ubrina (1998) *Tests psicológicos*. México: Person Educación.

Actitud Hacia su Medio Familiar y Social: empleo de recursos psicológicos que evocan directamente la respuesta emocional a su medio social.²⁹

Autoestima: es la evaluación que efectúa y mantiene comúnmente el individuo en referencia a sí mismo: expresa en actitud de aprobación o desaprobación e indica la medida en que el individuo se cree capaz, significativo, con éxito y merecedor.³⁰

Tolerancia a la Frustración: es la aptitud de un individuo para soportar una frustración sin pérdida de su adaptación psicobiológica, es decir, sin recurrir a tipos de respuestas inadecuadas.³¹

VARIABLE DEPENDIENTE

Síndrome del niño sacudido: maltrato cerebral y ocular provocado por las sacudidas manuales enérgicas a un menor, mediante un mecanismo de sacudida.³²

6.3.2 Definición Operacional

VARIABLE INDEPENDIENTE

El nivel intelectual; se evaluó utilizando la prueba: Escala de matrices progresivas. Para la medida de la capacidad intelectual.

La autoestima se analizó mediante le “Test de autoestima para adultos”.

²⁹ Barragán, Brugman y Montenegro. (Eds.) (1989) *Frases incompletas. Evaluación de la personalidad*. México: Programa de publicaciones. Facultad de Psicología. UNAM.

³⁰ Cooper Smith y Mruk, C. (1999) *Autoestima Investigación, teoría y práctica*. España: Desclee de Brouwer

³¹ Rosenzweig (1999) *Test de frustración (P.F.T.) Manual*. Argentina: Paidós

³² Perea, Báez, Loredo. (2001) *Un caso de hemorragia cerebral y retiniana ¿Síndrome del niño “sacudido” o accidente? Revista Mexicana de Pediatría*. 68,143-146

La actitud hacia el medio social y familiar se evaluó por medio del “Test de frases incompletas para adultos”.

El nivel del control de impulsos se estableció a través del “Test de frustración”

VARIABLE DEPENDIENTE

Síndrome del niño sacudido: fueron aquellos niños se diagnosticaron previamente por el equipo interdisciplinario de la Clínica de Atención Integral al Niño Maltratado.

6.4 Método

6.4.1 Sujetos

Familias con bebés diagnosticados por la Clínica de Atención Integral al Niño Maltratado con maltrato físico, variedad síndrome del niño sacudido; la muestra se recopiló de marzo del 2002 a febrero del 2004.

6.4.3 Instrumentos

- 1.- Se utilizó la cédula de trabajo social del expediente clínico del paciente que ingresa al Instituto Nacional de Pediatría.
- 2.- Entrevista semiestructurada. *Ver anexo 2*
- 3.- Escala de Matrices Progresivas. Para la medida de la capacidad intelectual, para sujetos de 12 a 65 años; de Raven, J. (1989). El cual consta de 60 láminas de figuras geométricas abstractas, ordenadas en cinco series con 12 ítems cada una. *Ver anexo 3*

4.- Test de Autoestima, de Coopersmith, para adultos; publicado en Lara, Verduzco y Cortes (1993); en la Revista Latinoamericana de Psicología. La cual es una prueba estructurada de 25 reactivos. *Ver anexo 4*

5.- Test de frases incompletas para adultos, de Sacks; publicada en Barragán, Brugman y Montenegro. (Eds.) Programa de publicaciones de la Facultad de Psicología. UNAM. Prueba semiestructurada, se le puede considerar como prueba proyectiva o psicométrica. Está formada por 60 frases, a completar por el sujeto, agrupadas en 15 factores, los cuales están unificados en cuatro áreas respectivamente. *Ver anexo 5*

6.- Test de frustración (*P.F.T.*) de Rosenzweig (1999); prueba semiestructurada, de tipo proyectivo y psicométrico; comprende una serie de 24 dibujos, cada uno de los cuales representa a dos personajes colocados en una situación de frustración cotidiana; su forma de calificación es a través de tres factores de agresión: extrapunitiva, intrapunitiva e impunitiva. *Ver anexo 6*

6.5 Tipo de estudio

Exploratorio, transversal; ya que el objetivo de este estudio es examinar un tema de investigación que no ha sido abordado antes, su utilidad es aumentar el grado de familiaridad con el fenómeno. Identificar variables y establecer investigaciones posteriores más rigurosas. Expostfacto, debido a que las conductas registradas ya ocurrieron; y de campo porque se llevo a cabo en un ambiente hospitalario, en el que las madres acuden para la atención médica de sus hijos. (Hernández y Baptista Lucio, 1991).

6.6 Procedimiento

La detección de los pacientes con el diagnóstico de maltrato físico: “síndrome del niño sacudido”, se realizó a partir de que al ingresar al Instituto Nacional de Pediatría un paciente con sospecha de este tipo de maltrato; la Clínica de Atención Integral al Niño

Maltratado, realizaba la evaluación multidisciplinaria: medica, nutricional, psicológica, psiquiátrica y de trabajo social con la finalidad de determinar el diagnóstico.

Establecido el diagnóstico maltrato físico variante “síndrome del niño sacudido”; se tomaron los datos sociodemográficos de la cédula de trabajo social, ubicada en el expediente clínico.

Para la realización de la entrevista y pruebas psicológicas se le solicitó previamente la autorización y participación a la madre para la evaluación; en el caso en el que se negó la misma no se llevo acabo la valoración psicológica.

La entrevista y la aplicación de las pruebas psicológicas se realizaron en el consultorio, de la Clínica de Atención Integral al Niño Maltratado, ubicado en el 1^{er} piso de la consulta externa del Instituto Nacional de Pediatría.

La evaluación social y psicológica se realizó en dos sesiones.

1^o sesión: entrevista semiestructurada a la madre o ambos padres, con la finalidad de conocer el discurso de los padres con respecto al motivo que provoco la lesión. Aplicación de los instrumentos: Test de matrices progresivas y Test de frases incompletas para adultos.

En la 2^o sesión, se aplicó: Test de autoestima y Test de tolerancia a la frustración.

7. RESULTADOS

7.1 Descripción de la muestra

Tabla 1

CASO	GÉNERO	EDAD (MESES)	ORDEN DE NACIMIENTO	DIAS HOSPITALIZACION	DIAS ESTADO GRAVE
1	Masculino	6	1°	48	12
2	Femenino	17	1°	31	5
3	Femenino	4	1°	7	Aten. secuelas ³³
4	Femenino	3	2°	12	4
5	Femenino	12	1°	17	Estable
6	Femenino	3	2°	32	Aten. secuelas
7	Femenino	6	2°	1	Defunción
8	Femenino	18	1°	2	Defunción

Resumiendo la tabla anterior, se puede decir que las características de la muestra fueron:

Tabla 2

CARACTERÍSTICAS DEL NIÑO.	%	N° casos	PROMEDIO DE EDAD	PROMEDIO ESTANCIA HOSP.	ESTADO DE SALUD	%	N° casos
Niña	88	9	8.6	19	Grave	38	3
Niño	12	1			Secuelas	12	1
Primogénito	63	8			Estable	25	2
Segundo hijo	37	3			Falleció	25	2

Como podemos observar los datos más significativos corresponden a el 88% (7casos) fueron niñas, primogénito 63% (5); el promedio de días en hospitalización es de 19 días; en estado de salud del menor correspondió a grave 38% (3), estable 25% (2), menores fallecidos 25% (2 casos).

³³ En el caso donde solamente se atendieron las secuelas: retraso psicomotor severo y ceguera; la menor había estado en estado de gravedad en otros hospitales donde se le atendió en su estado crítico.

7.2 Características sociodemográficas de los padres

Tabla 3

ESTADO CIVIL	%		N° Casos	
Casado	62.5		5	
Unión Libre	25		2	
Madre Soltera	12.5		1	
	MAMÁ		PAPÁ	
PROMEDIO DE EDAD	23.5 años		26.7 años	
ESCOLARIDAD	%		N° Casos	
Desconocida	0	0	12.5	1
Analfabeta	0	0	12.5	1
Primaria	37.5	3	25	2
Secundaria	25	2	25	2
Bachillerato	12.5	1	12.5	1
Pasante Lic.	25	2	12.5	1
OCUPACIÓN	%		N° Casos	
Hogar	75	6	0	0
Oficio	25	2	100	8
PROMEDIO INGRESO FAMILIAR	\$ 2 640			

Resumiendo la tabla anterior y considerando los datos sobresalientes en el 62 % son casados (5 casos); la edad promedio en el caso de la madre es de 23.5 años y del padre de 26.7 años; la escolaridad de la madre: 37.5% (3) primaria, 25% (2) secundaria, 25% (2) licenciatura; en el caso del padre: 25% (2) primaria, 25% (2) secundaria; la ocupación tiende a ser en la mujer el hogar, y en el hombre un oficio; el ingreso familiar promedio de 1.4 salarios mínimos.

El tipo de vivienda donde habitan estas familias es el siguiente:

Tabla 4

		VIVIENDA	%	Nº Casos
TIPO		Rentada	75	6
		Prestada	25	2
CARACTERÍSTICAS		Cuarto redondo	63	5
		Casa Popular	37	3
		Mampostería	88	7
		Cartón	12	1
		Con servicio básicos	88	7
		Sin servicios	12	1
UBICACIÓN GEOGRÁFICA		Urbana	88	7
		Rural	12	1
PROMEDIO POR DISTRIBUCIÓN			Nº	
		Habitantes	4	
		Habitaciones	2	

Como podemos analizar los datos más significativos de las condiciones de vivienda son 75% (6 casos) es rentada, 63% (5) es un cuarto redondo, 87% (7) es de mampostería y el 88% (7) cuenta con los servicios básicos; la ubicación geográfica tiende a ser urbana 88% (7); la relación promedio del número de habitantes es de cuatro personas por dos habitaciones.

7.3 Hallazgos Clínicos (Ver anexo 7)

Tabla 5

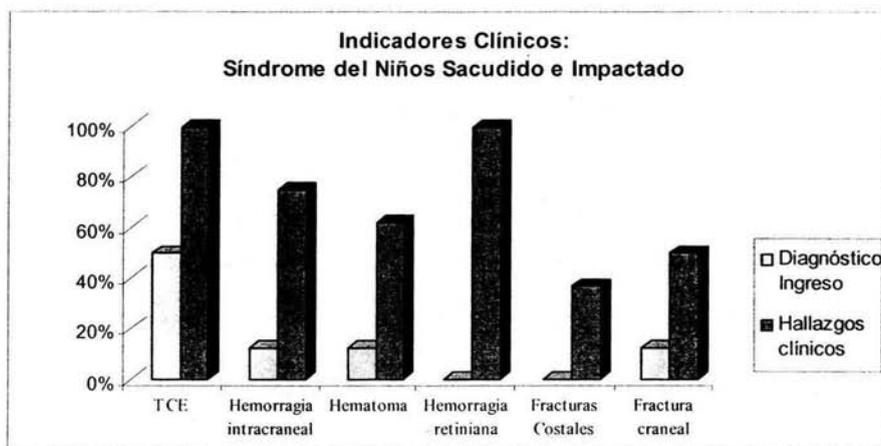
CASO 1 (6 meses) 48 días de hospitalización		CASO 2 (1 año 5 meses) 31 días de hospitalización		CASO 3 (4 meses) 7 días de hospitalización		CASO 4 (3 meses) 12 días de hospitalización	
Diagnóstico de Ingreso	Hallazgos clínicos estancia hospitalaria	Diagnóstico de Ingreso	Hallazgos clínicos estancia hospitalaria	Diagnóstico de Ingreso	Hallazgos clínicos estancia hospitalaria	Diagnóstico de Ingreso	Hallazgos clínicos estancia hospitalaria
-Traumatismo cráneo encefálico severo.	-Traumatismo cráneo encefálico severo.	-Traumatismo cráneo encefálico.	-Traumatismo cráneo encefálico.	-Hosteogénesis imperfecta.	-Traumatismo cráneo encefálico.	-Crisis convulsivas.	-Traumatismo cráneo encefálico.
-Fractura craneal.	-Fractura craneal.	-Hematoma subdural	-Hematoma subdural.	-Ceguera.	-Fractura craneal.	-Equimosis (moretones) en rostro y espalda.	-Hemorragia intracraneal.
-Hemorragia intracraneal.	-Hemorragia Intracraneal.	-Hemiplejia izquierda.	-Retraso psicomotor moderado.		-Hemorragia Intracraneal.	Probable síndrome del niño maltratado (SNM).	-Hemorragia retiniana bilateral diseminadas.
	-Retraso psicomotor severo.	-Desnutrición 2° grado	-Hemorragia retiniana unilateral diseminada.		-Retraso psicomotor severo		-Crisis convulsivas parciales.
	-Hemorragia retiniana bilateral.		-Hemiplejia izquierda.		-Hemorragia retiniana bilateral.		-Síndrome del niño sacudido e impactado.
	-Deficit visual.				- Ceguera.		
	-Fracturas costales.		-Síndrome del niño sacudido e impactado.		-Fracturas costales. -		
	-Crisis convulsivas.				-Fractura ambas clavículas.		
	-Síndrome del niño sacudido e impactado.				-Fracturas ambos fémur.		
					-Síndrome del niño sacudido e impactado.		
					-Maltrato físico.		

CASO 5 (1 año) 17 días de hospitalización		CASO 6 (3 meses) 32 días de hospitalización		CASO 7 (6 meses) 1 día de hospitalización		CASO 8 (1 años 6 meses) 3 días de hospitalización	
<i>Diagnóstico de Ingreso</i>	<i>Hallazgos clínicos estancia hospitalaria</i>	<i>Diagnóstico de Ingreso</i>	<i>Hallazgos clínicos estancia hospitalaria</i>	<i>Diagnóstico de Ingreso</i>	<i>Hallazgos clínicos estancia hospitalaria</i>	<i>Diagnóstico de Ingreso</i>	<i>Hallazgos clínicos estancia hospitalaria</i>
-Traumatismo craneoencefálico	-Traumatismo craneoencefálico -Fractura craneal -Hematoma subdural -Hemorragia retiniana unilateral. -Síndrome del niño sacudido e impactado.	-Probable osteogénesis imperfecta	-Traumatismo craneoencefálico -Fractura occipital. -Hematoma subdural. -Retraso psicomotor -Fracturas costales antiguas y extremidad superior. -Hemorragia intracraneal -Hemorragia retiniana, bilateral -Ceguera -Síndrome del niño sacudido e impactado.	-*Bronco aspiración.	-Traumatismo craneoencefálico -Hemorragia intracraneal -Hematoma subdural -Hemorragia retiniana bilateral -Síndrome del niño sacudido e impactado. -Falleció	-Traumatismo craneoencefálico -Lesiones de mordedura	-Traumatismo craneoencefálico -Hemorragia intracraneal -Hemorragia retiniana -Síndrome del niño sacudido e impactado. -Lesiones de mordedura -Abuso sexual -Falleció

Con la finalidad de analizar de manera rápida los datos del diagnóstico de ingreso y hallazgos clínicos durante la hospitalización, a continuación se presentan las siguientes gráficas.

Indicadores para el diagnóstico del *Síndrome del Niño Sacudido*.

Gráfica 1



Como se observa en la gráfica 1, se detectaron en el diagnóstico de ingreso, menos del 50% de indicadores clínicos para sospecha de maltrato. Sin embargo, en la búsqueda intencional del grupo especializado de la Clínica de Atención Integral al Niño Maltratado se corroboró datos clínicos para el diagnóstico del Síndrome del Niño Sacudido e Impactado: el traumatismo craneoencefálico, así como las hemorragias retinianas se detectaron en el 100% (8 casos), la hemorragia intracraneal en el 75% (6), hematoma 62% (5), fracturas costales se presentaron 37% (3) y fractura craneal se detectó en el 50% (4 casos).³⁴ Lo cual indica que en el 100% de los casos se corroboró el diagnóstico de

³⁴ **TCE:** Traumatismo craneoencefálico.

Hemorragia intracraneal: Hemorragia sanguínea dentro del cráneo, la cual puede ser subaranoidea o entre la dura madre y la pia madre.

Hematoma: es una colección de sangre que se acumula entre la duramadre y el cráneo, y que aumenta rápidamente.

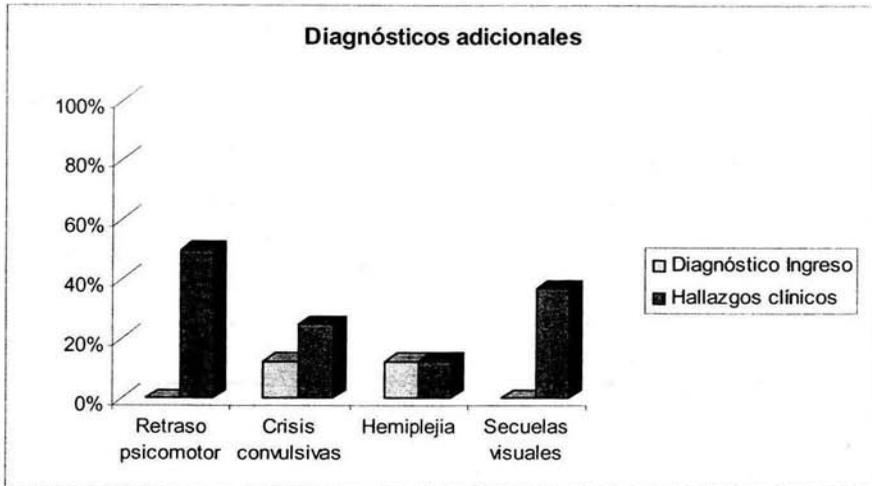
Hemorragia retiniana: Hemorragia interna al nivel de la retina.

Fracturas costales: Fracturas a nivel costal que involucra las costillas. Véase Behrman, et al. (2001) *Nelson. Tratado de pediatría*.

síndrome del niño sacudido (SNS) y el “impacto”, como resultado del traumatismo craneoencefálico se incluye como parte del diagnóstico.

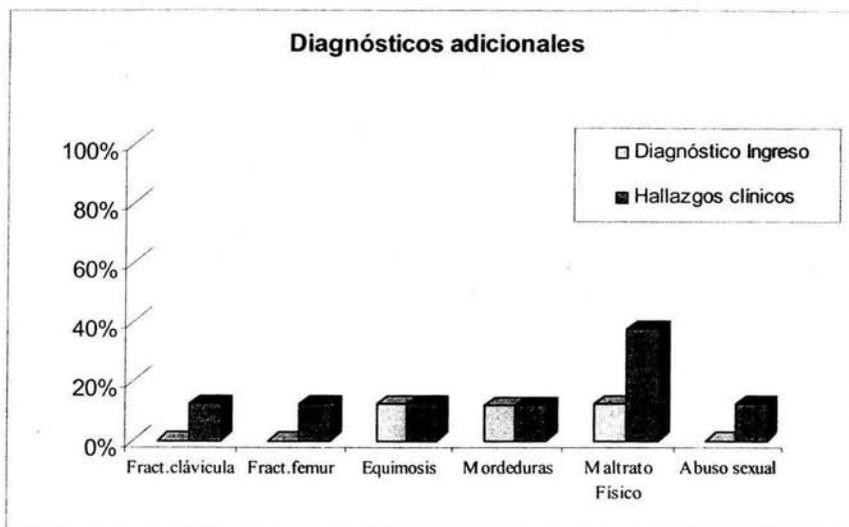
Durante la estancia hospitalaria, se identificaron otros hallazgos clínicos, resultado de la lesión.

Gráfica 2



El retraso psicomotor se presentó en 50% (4 casos); de estos el 40% (3) fue secuela del maltrato, ya que anterior al evento la madre reportó un desarrollo psicomotor normal; en el 10%(1) restante no fue posible precisarlo ya que la madre proporcionaba datos inespecíficos; en dos de los casos este indicador no fue valorable lamentablemente por el fallecimiento del menor. Crisis convulsivas se detectaron al ingreso de un caso y al egreso 2 de los paciente tenía este diagnóstico. La secuela visual se presentaron en el 37% (3): ceguera en el 25% (2) y en 12% (1) déficit visual severo.

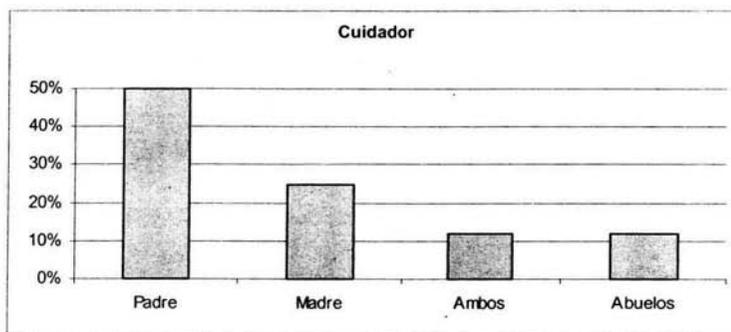
Gráfica 3.



Otros diagnósticos adicionales fueron las fractura de clavícula y fractura de fémur se presente en el 12% (1 caso), equimosis (moretones) en el 12% (1), lesiones en mordedura en 12% (1), el diagnóstico de maltrato físico por lesiones a otros niveles no compatibles con diagnóstico del síndrome del niño sacudido, se presente en el 38% (3) y el diagnóstico de abuso sexual se corroboró en el 12.5% (1).

7.4 Cuidador del Menor en el Momento Traumático

Gráfica 4



Generalmente, en las formas graves de maltrato no se logra saber quien es el agresor, sin embargo a través de la entrevista se reportó el cuidador que estaba a cargo en el momento de evento traumático: en el 50% (4 casos) el padre; 25% (2) la madre; 12.5% (1) ambos y en el 12.5% (1) los abuelos.

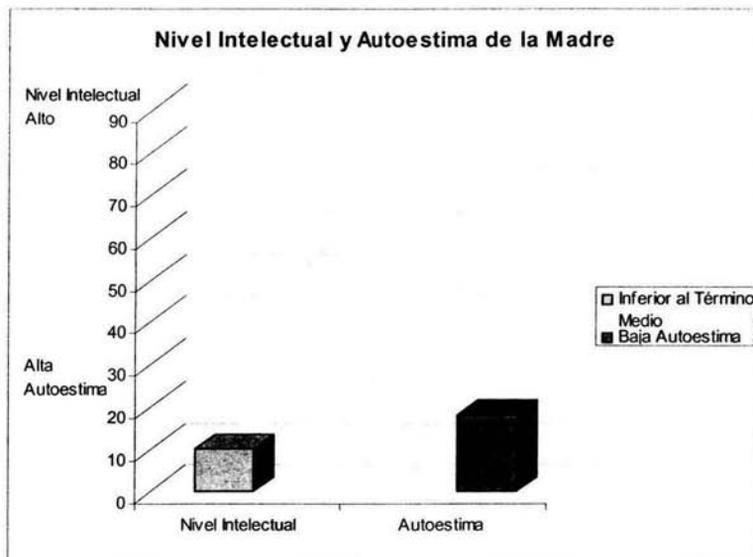
Es importante señalar que solamente en un caso el padre confeso haber sido el agresor.

7.5 Valoración psicológica de la madre

En seis de los casos se aplicó a la madre del paciente la valoración psicológica, en dos casos no hubo disposición por el fallecimiento del menor; sin embargo, se tomaron en cuenta los datos sociodemográficos de la familia, considerando el tamaño de la muestra es pequeña.

En la siguiente gráfica se ejemplifica la media del puntaje normalizado en relación al “nivel intelectual y la “autoestima” de la madre. *Ver anexo 8*

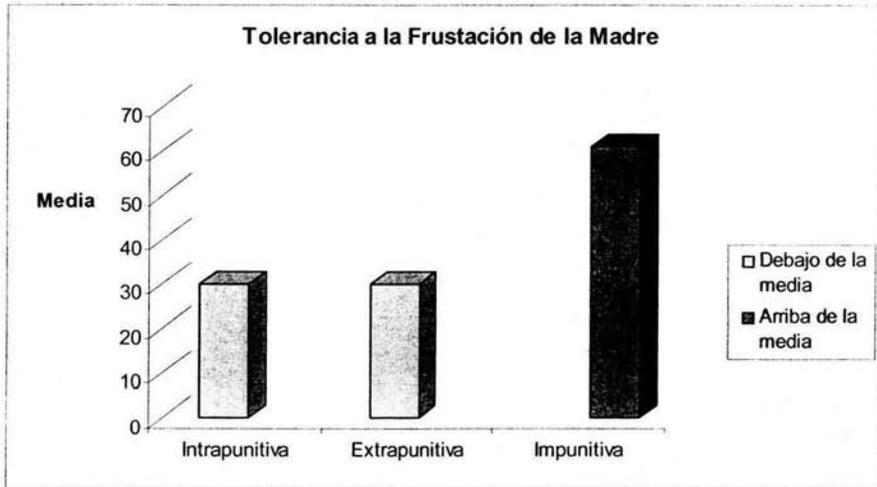
Gráfica 5



Como se observa el nivel intelectual tiende a ser inferior al término medio y la autoestima a ser baja.

Sobre los datos obtenidos hacia la tolerancia a la frustración en la siguiente gráfica se presentan, con forme a la media de calificación.

Gráfica 6



La gráfica muestra la media de puntuación y la tendencia a la respuesta la cual no es significativa tanto en la intrapunitiva como en la extrapunitiva³⁵; la respuesta impunitiva es la generalidad, lo que indica que tienden estas mujeres (mamá) a responder con evitación y pasividad a las situaciones hostiles o poco gratificantes de su medio.

³⁵ **Intrapunitiva**- La agresión está dirigida hacia sí mismo.

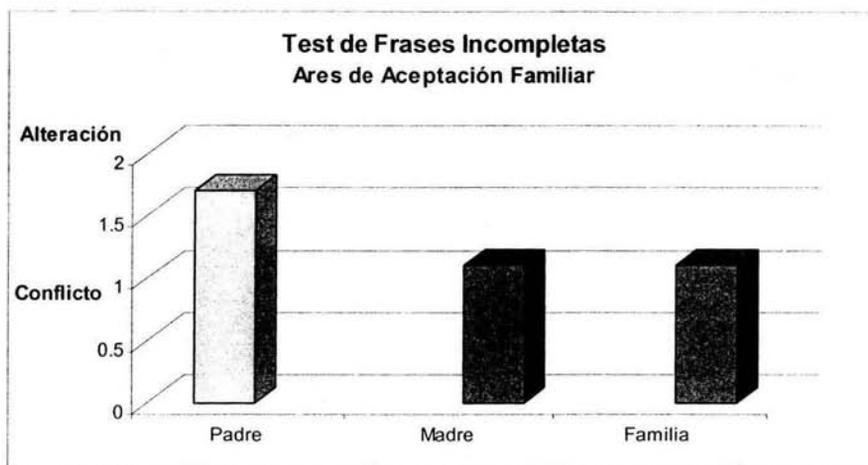
Extrapunitiva- La agresión se dirige hacia el exterior.

Impunitiva- La agresión se evita y la situación frustrante se describe como carente de importancia, como si no fuera de nadie el error o como susceptible de mejorarse contentándose con esperar y conformándose.

Véase Rosenzweig, S. (1992) Test de frustración (P.F.T.) Manual. Ed. Paidós: Buenos Aires

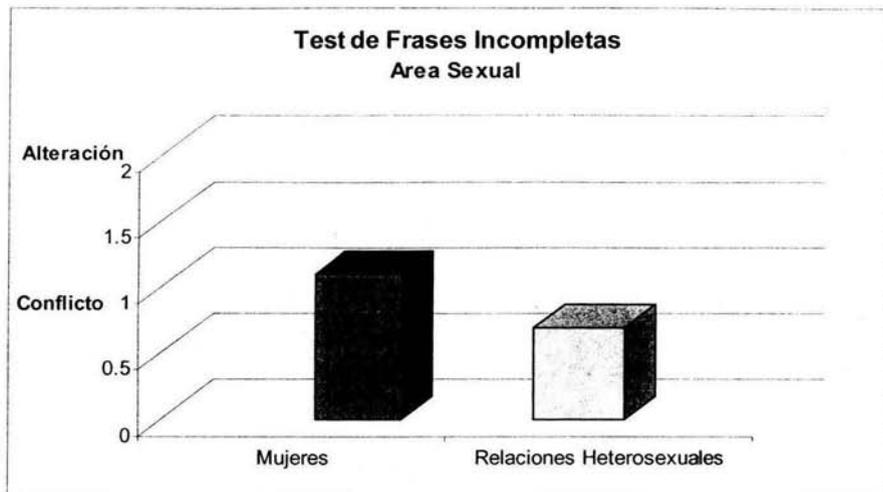
La actitud ante su ambiente social fue otro factor a evaluar, a continuación se presentan los resultados por área conforme a la media de calificación.

Gráfica 7



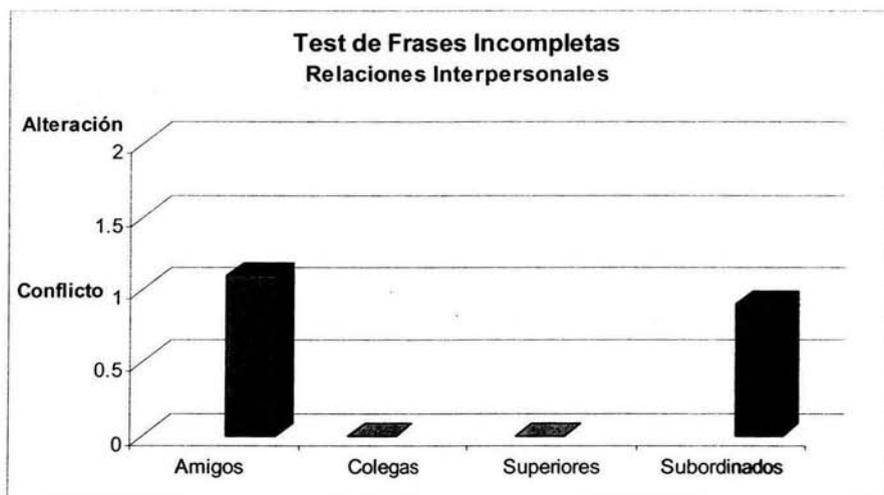
En el área *aceptación hacia el núcleo familiar* se observa que en el 100% (6) de los casos una alteración en relación a la actitud hacia la figura paterna y un conflicto hacia la madre y el núcleo familiar.

Gráfica 8



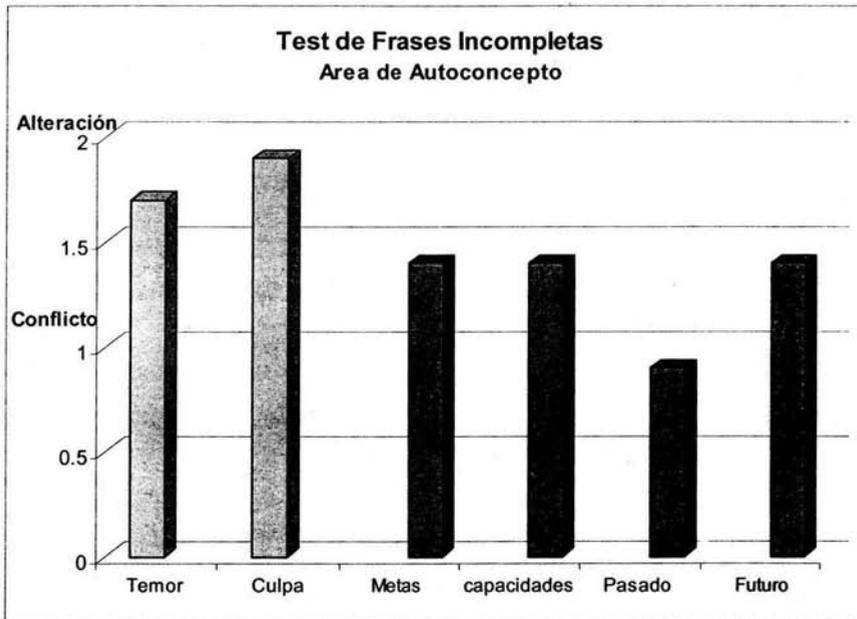
En relación al área sexual se observa que tienden a un conflicto hacia el sexo femenino y sin conflicto aparente hacia las relaciones heterosexuales.

Gráfica 9



Con respecto a las relaciones interpersonales, estas mujeres presentan conflicto hacia el grupo de amigos o para integrarse a ellos, y hacia aquellos que ellas sienten que son su subordinados; aparentemente no presentan conflicto hacia compañeros o colegas de trabajo y superiores, sin embargo hay que recordar que el 75% (4) de esta madres no laboran fuera de casa.

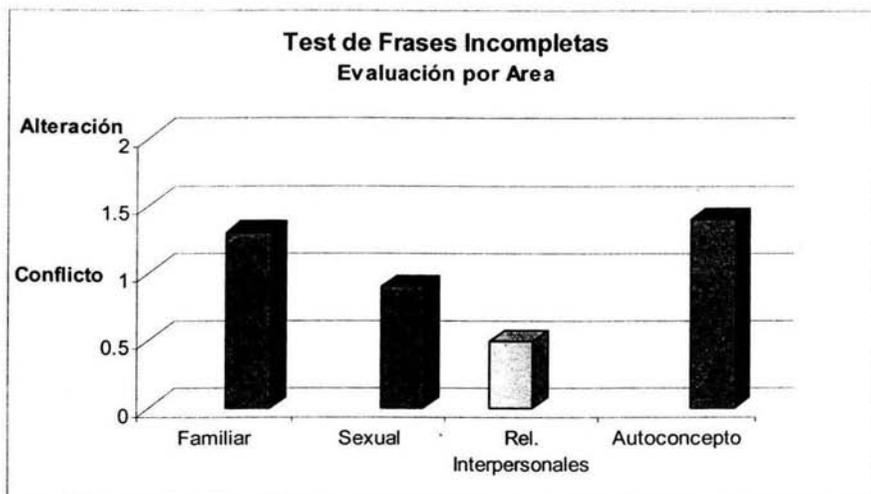
Gráfica 10



En el área de autoconcepto podemos observar que manifiestan una alteración con respecto al temor y culpa; en relación a las metas, propias capacidades y futuro tiene una tendencia hacia el conflicto. Por lo anterior podemos concluir que hay una tendencia hacia una alteración con respecto al autoconcepto.

A continuación se presentan los datos por área.

Gráfica 11



Como podemos observar el perfil que integran estas madres hacia su medio social tiende hacia lo que le llamó Saks una “seria perturbación” hacia el área familiar y hacia el autoconcepto”.

Con respecto al área sexual manifiestan una “leve perturbación” y en relación al área de relaciones interpersonales tiende al conflicto. Sin embargo hay que considerar que su respuesta tendió a ser negativa ya que no laboran fuera del hogar.

7.6 Análisis Cualitativo del Discurso

El análisis cualitativo que se presenta a continuación es sobre las entrevistas semiestructuradas de la madre y/o padre con respecto a lo que causó la lesión en el menor: respecto al *principal responsable* los entrevistados mencionan con mayor frecuencia al mismo *bebé*, ya que señalan que por sí mismo se cayó, se rasguñó y se

arrancó el cabello; sus reacciones súbitas fueron de irritabilidad, llanto y vómito; y los síntomas que presentaron fueron problemas para dormir, estreñimiento, sin respuesta al ambiente y crisis convulsivas.

En segundo término adjudican la responsabilidad de la lesión al *profesional de la salud*: enfermera o médico, ya que se describe que el menor fue manipulado de forma brusca y lo fracturaron durante la atención.

En menor frecuencia se les adjudica la responsabilidad a la *mamá* y al *hermano*.

8. DISCUSIÓN

De acuerdo a los resultados obtenidos, se puede concluir que el objetivo del presente estudio fue “identificar las características psicosociales del núcleo familiar del bebé con diagnóstico de maltrato, variedad “síndrome del niño sacudido”; el cual se cubrió, con la descripción de las características sociodemográficas y psicológicas de la madre. Aunque con la limitación de no contar con la valoración psicológica del padre con número reducido de sujetos.

Edad promedio de los padres es de 25 años, la escolaridad oscila entre la primaria y secundaria; ocupación de la madre es el hogar y la del padre oficio; estado civil casados. El Tipo de vivienda generalmente es rentada, con dos habitaciones: cocina y dormitorio; en la cual habitan 4 personas en promedio con los servicios básicos: luz, agua y drenaje; y la ubicación es en la zona urbana.

En relación al menor, el promedio de edad corresponde a 8.6 meses; tiende a ser hijo único, además del diagnóstico síndrome del niño sacudido en tres casos se corroboró otra forma de abuso: maltrato físico y en un caso abuso sexual.

Con respecto al cuidador, en el momento traumático generalmente estaba el padre, y sólo en un caso refirió él ser responsable de la agresión. En relación al perfil psicológico de la madre, generalmente el nivel intelectual fue inferior al término medio y su autoestima fue baja; su respuesta a las situaciones hostiles es impunitiva, lo cual indica que estas mujeres responden con evitación y pasividad a eventos o situaciones hostiles; con respecto a su ambiente social, tiende a la actitud conflictiva hacia la familia, las relaciones heterosexuales, amigos y hacia su autoconcepto.

Con respecto al análisis cualitativo del discurso de los padres, sobre cuál es el motivo por el que se encuentra hospitalizado su hijo; refieren la responsabilidad de la lesión al propio bebé, en segundo término al profesional de la salud: enfermera o médico y en menor frecuencia le adjudicaron la responsabilidad a la madre u hermano. En relación a la

descripción que hacen los padres de bebé existe una generalización a considerarlo irritable y con llanto frecuente. Lo cual posiblemente está relacionado con lo descrito por Ainsworth y Cols. (1971), ya que observó que los niños cuyas madres han respondido sensiblemente a sus señales del bebé durante el primer año de vida, no sólo lloran menos durante la segunda mitad de ese año, que los bebés de madres menos sensible, sino que están mejor dispuestos a aceptar los deseos de sus padres; lo cual depende de cómo son tratados. En relación a la muestra el género que se ha visto más vulnerado ha sido el femenino y no como lo describe Duhaimé (1987) que el varón es el 1.5 veces más frecuentemente sacudido que las niñas.

En el caso de la madre, destaca la característica impunitiva de su respuesta, inhibe la agresión a tal grado que se torna pasiva y evasiva ante situaciones hostiles, dicha descripción está relacionada a lo que Isabella (1993) demostró con madres clasificadas con apegos de evitación presentaban conductas insensibles y de rechazo a los nueve meses, mientras que las madres clasificadas con apego ansioso, insensibles se mostraban rechazante con el hijo cuando tenían un mes. Así mismo, esta respuesta de la madre está relacionada con la descripción del maltratador activo y pasivo (Loredo, 1994) el primero con tendencia a perder control de los impulsos y el pasivo posiblemente tendría esta característica impunitiva ante la agresión. Finalmente la dificultad que la madre muestra hacia el ambiente familiar y social es una de las características principales de la familia maltratadora (Starr, 1982; Wolfe y cols. 1983; Azar y cols. 1984; Loredo y cols. 2004).

Se puede concluir que con esta investigación se obtuvieron los primeros datos sobre las características psicosociales de los padres del niño con un diagnóstico "síndrome del niño sacudido". Estos hallazgos proporcionan las bases para iniciar la creación de programas de atención y seguimiento para este tipo de familias y en especial para las madres. Otorga las pautas para nuevas líneas de investigación con respecto al tipo de apego, estilos de parentalidad y crianza. La búsqueda de indicadores psicosociales de probabilidad de ese tipo de maltrato, promover estrategias de prevención para esta variedad de maltrato severo y en algunos casos lamentablemente fatal para el menor.

REFERENCIAS

1. Alex, V. Levin, D. (1999) *Hallazgos oculares en niños maltratados*. Focal Points. 3,1-14.
2. Anastasi, A. Ubrina, S. (1998) *Tests psicológicos*. México: Person Educación
3. *Atención al Maltrato Infantil Desde Salud Mental*. (2000) España: Instituto Madrileño del menor y la familia.
4. Barragán, Brugman y Montenegro (Eds) (1989) *Frases incompletas. Evaluación de la personalidad*. México: Programa de publicaciones. Facultad de Psicología UNAM.
5. Bowlby, J. (1993). *El vínculo afectivo*. España: Paidós.
6. Behrman, R. Kliegman, R. Jonson, H. (2001) *Nelson. Tratado de pediatría*. México: McGraw-Hill Interamericana.
7. Bowlby, J. (1989) *Una base segura. Aplicaciones clínicas de una teoría del apego*. España: Paidós.
8. Cantón, J. y Cortés, R. (2000) *El apego del niño a sus cuidadores*. España: Alianza Editorial.
9. Cantón, J. y Cortés, R. (2002) *Malos tratos y abuso sexual infantil*. España: Siglo XXI.
10. Craig, G. (2001) *Desarrollo Psicológico*, México: Prentice Hall.
11. Delval, J. (1994) *El desarrollo humano*. México: Siglo XXI.
12. Diccionario de la lengua española. (2000) *Real Academia Española*. España: Espasa.
13. *DSM-VI Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (1999) España: Masson.
14. Duhaime, A., Christian C, W., Rorky L,B., Zimmerman R, A., (1998) *Non accidental head injury in infants: The Shaken Baby Síndrome*. N Engl J Med. 338, (25), 1822.
15. Fondo Internacional de Socorro de la Infancia (UNICEF)

www.unicefmexico.org

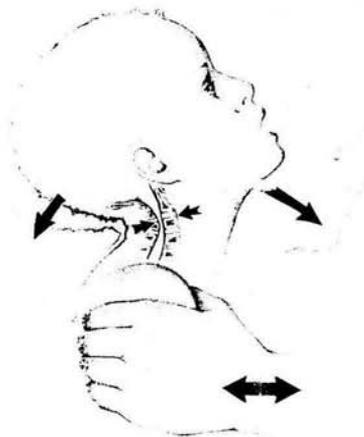
16. Fontana, V. (1973) *En defensa del niño maltratado*. México: Pax
17. Fromm, E. (1992) *El arte de amar*. México: Paidós.
18. Gracia, E. Musitu, G. (1993) *El maltrato infantil, un análisis ecológico de los actores de riesgo*. Madrid: Ministerio de asuntos sociales.
19. Hamamrman S. y Bernet W. (2000) *Researchers offer an operational definition of emotional abuse*. Brown University Child & Adolescent Behavior Letter, 6(12),1-2.
20. Hernandez, R. Fernandez, C. y Baptista, P. (1991). *Metodología de la investigación*. México McGraw Hill.
21. *Instituto Nacional de Pediatría 1970-2000*. Ediciones Médicas. (2000)
22. Isabella (1993) *Origins of attachment: Maternal interactive behavior across the first year*. Child Development, 64, 605-621.
23. Jiménez, J. (2001) *Derechos de los niños*. México: Universidad Nacional Autónoma de México.
24. Kempe, R. y Kempe, H. (1979) *Niños maltratados*. (5a ed.) Madrid: Ediciones Morata.
25. Lara, A. Verduzco, M. Cortes, J. (1993) *Datos sobre la validez y confiabilidad del Inventario de Autoestima de Coopersmith para adultos en población mexicana*. Rev Latinoamericana de Psicología. 25;5, 247-255.
26. Loredó, A. (1994) *Maltrato al menor*. México: McGraw Hill Interamericana.
27. Loredó A. (2001) *Maltrato en el niño*. México: McGraw Hill Interamericana.
28. Loredó, A. (2001) *Historia del maltrato infantil en México: revisión de la literatura pediátrica*. Bol Méd Hospital Infantil de México. 2001, (58), 205-213.
29. Loredó, A.(2004) *Maltrato a niños y adolescentes*. México: Editores de Textos Mexicanos.
30. Loredó, A. Trejo, J. Perea, A. Mejía, E. (Eds) (2004) Programa de Actualización Continua en Pediatría. Pediatría PAC 3. Libro 1. Novedades clínicas y jurídicas del maltrato infantil. México: Intersistemas.
31. Loredó, A., Reynés, M., Carvajal, R. et al. (1984) *El niño maltratado. Una realidad actual en México*. Acta Pediátrica Méx.;5:28-37

32. *Maltrato Infantil. Promoción del buen trato para la prevención y atención del maltrato infantil y el abuso sexual.* (1998) Seguro Social Salud: Colombia.
33. *Maltrato Infantil: prevención, diagnóstico e intervención desde el ámbito sanitario.* (1995) Documento técnico de salud pública N. 22. Madrid: Consejería de salud.
34. Marcovich, J. (1981) *Tengo derecho a la vida. Prevención e identificación del niño maltratado.* México: Editores Mexicanos Unidos.
35. Mruk, C. (1999) *Autoestima Investigación, teoría y práctica.* España: Desclee de Brouwer.
36. *Norma Oficial Mexicana NOM-190-SSA1-1999.* Prestación de Servicios de Salud. Criterios para la atención médica de la violencia familiar.
www.ssaver.gob.mx/información_lega/Arbitraje_Medico/NOM-190-SSA1-1999.htm
37. Papalia, D. (2001) *Desarrollo humano.* Colombia: McGraw Hill Interamericana.
38. Perea, A. Báez, V. Loredó, A. Trejo, J. Martín V. Venteño, J. (2001) *Un caso de hemorragia cerebral y retiniana ¿Síndrome del niño "sacudido" o accidente?* Revista Mexicana de Pediatría. 68,143-146.
39. Perea, M. Loredó, A. (2001) *Calidad en la atención integral a los niños y adolescentes maltratados. Una nueva cultura en salud.* Revista médica de pediatría. 68, 3,105-107.
40. Perea, M. Loredó, A. Trejo, H. Baez, V. Martín, V. Monroy, A. Venteño, A. (2001) *El maltrato al menor: propuesta de una definición integral.* Bol Med Hosp Infant Mex. 58, 251-258.
41. Raven, J. (1989) *Escala de matrices progresivas. Para la medida de la capacidad intelectual 12 a 65 años. Manual.* Argentina: Paidós.
42. Real Academia Española (2000) *Diccionario de la Lengua Española.* España: Espasa.
43. Riojas y Manzano (1968): *Aspectos radiológicos en el síndrome del niño maltratado.* Jornada Pediátrica IMSS, 69,70.
44. Rosenzweig, S. (1999) *Test de frustración (P.F.T.)Manual.* Argentina: Paidós

45. Schum, G. (1988) *La influencia del contexto de la interacción en la adquisición del lenguaje*. Infancia y Aprendizaje. 43, 37-53.
46. Sistema de Protección y Desarrollo Integral de la Familia (DIF).
www.dif.gob.mx
47. Soriano, A. (2001) *Maltrato infantil*. España: San Pablo.

ANEXOS

ANEXO 1



ANEXO 2

Entrevista semiestructurada.

Fecha:

Nombre:

¿Cuál es el motivo por el que se encuentra hospitalizado su hijo?

ANEXO 3

Escala de matrices progresivas. Para la medida de la capacidad intelectual de 12 a 65 años.

Prueba estructurada, conformada por 60 láminas de figuras geométricas abstractas, ordenadas en cinco series con 12 ítems cada una.

Instrucción, “la siguiente figura esta incompleta, cual de las siguientes opciones es la correcta para que la figura quede completa, obsérvela bien”. El aplicador anota en el protocolo la respuesta que da verbalmente sujeto.

Forma de calificación: por medio de la plantilla de respuestas; comparando el total con el percentil correspondiente, otorgando un nivel diagnóstico.

**PROTOCOLO DE LA PRUEBA DE RAVEN
ESCALA GENERAL**

Nombre: _____ Edad: _____ años _____ meses. Grado _____ Hora de inicio: _____ Hora de termino _____	Motivos de Apli. _____ Fecha: _____ Duración: _____
---	---

A			B			C			D			E											
1			1			1			1			1											
2			2			2			2			2											
3			3			3			3			3											
4			4			4			4			4											
5			5			5			5			5											
6			6			6			6			6											
7			7			7			7			7											
8			8			8			8			8											
9			9			9			9			9											
10			10			10			10			10											
11			11			11			11			11											
12			12			12			12			12											
Punt. Parc.			Punt. Parc.			Punt. Parc.			Punt. Parc.			Punt. Parc.											
ACTITUD DEL SUJETO									DIAGNÓSTICO														
Forma de trabajo																							
<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%; text-align: left;">Reflexiva</td> <td style="width: 50%; text-align: right;">Intuitiva</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;"> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 20%; border: none;"> </td> </tr> </table> </td> </tr> </table>									Reflexiva	Intuitiva	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 20%; border: none;"> </td> </tr> </table>							Edad cronol.					
Reflexiva	Intuitiva																						
<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 20%; border: none;"> </td> </tr> </table>																							
<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%; text-align: left;">Rápida</td> <td style="width: 50%; text-align: right;">Lenta</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;"> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 20%; border: none;"> </td> </tr> </table> </td> </tr> </table>									Rápida	Lenta	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 20%; border: none;"> </td> </tr> </table>							T/minat.					
Rápida	Lenta																						
<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 20%; border: none;"> </td> </tr> </table>																							
<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%; text-align: left;">Inteligente</td> <td style="width: 50%; text-align: right;">Torpe</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;"> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 20%; border: none;"> </td> </tr> </table> </td> </tr> </table>									Inteligente	Torpe	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 20%; border: none;"> </td> </tr> </table>							Discrep.					
Inteligente	Torpe																						
<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 20%; border: none;"> </td> </tr> </table>																							
<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%; text-align: left;">Concentrada</td> <td style="width: 50%; text-align: right;">Distraída</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;"> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 20%; border: none;"> </td> </tr> </table> </td> </tr> </table>									Concentrada	Distraída	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 20%; border: none;"> </td> </tr> </table>							Diagnóstico					
Concentrada	Distraída																						
<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 20%; border: none;"> </td> </tr> </table>																							
<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%; text-align: left;">Dispuesta</td> <td style="width: 50%; text-align: right;">Fatigada</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;"> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 20%; border: none;"> </td> </tr> </table> </td> </tr> </table>									Dispuesta	Fatigada	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 20%; border: none;"> </td> </tr> </table>												
Dispuesta	Fatigada																						
<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 20%; border: none;"> </td> </tr> </table>																							
<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%; text-align: left;">Interesada</td> <td style="width: 50%; text-align: right;">Desinteresada</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;"> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 20%; border: none;"> </td> </tr> </table> </td> </tr> </table>									Interesada	Desinteresada	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 20%; border: none;"> </td> </tr> </table>												
Interesada	Desinteresada																						
<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 20%; border: none;"> </td> </tr> </table>																							
<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%; text-align: left;">Tranquila</td> <td style="width: 50%; text-align: right;">Intranquila</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;"> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 20%; border: none;"> </td> </tr> </table> </td> </tr> </table>									Tranquila	Intranquila	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 20%; border: none;"> </td> </tr> </table>												
Tranquila	Intranquila																						
<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 20%; border: none;"> </td> </tr> </table>																							
<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%; text-align: left;">Segura</td> <td style="width: 50%; text-align: right;">Vacilante</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;"> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 20%; border: none;"> </td> </tr> </table> </td> </tr> </table>									Segura	Vacilante	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 20%; border: none;"> </td> </tr> </table>							Examinador					
Segura	Vacilante																						
<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 20%; border: none;"> </td> </tr> </table>																							
<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%; text-align: left;">Uniforme</td> <td style="width: 50%; text-align: right;">Irregular</td> </tr> </table>									Uniforme	Irregular													
Uniforme	Irregular																						

ANEXO 4

Test de Autoestima de Coopersmith, para Adultos

Prueba estructurada de 25 reactivos.

Instrucción: por favor marque cada oración de la siguiente manera: si la oración describe como usted se siente casi siempre coloque una (X) en SI; si la oración describe como usted casi nunca se siente coloque una (X) en NO.

Forma de calificación: a cada respuesta se le asignan diferentes valores dependiendo del número de reactivo, de acuerdo con la siguiente clasificación.

REACTIVOS DIRECTOS: SI = 1 NO = 0

Número de Reactivos: 1, 4, 5, 8, 9, 11, 14, 19 y 20.

REACTIVOS INDIRECTOS: SI = 0 NO = 1

Número de Reactivos: 2, 3, 6, 7, 10, 12, 13, 15, 16, 17, 18, 21, 22, 23, 24 y 25.

La calificación total de la prueba se obtiene de la suma de los puntajes directos de los reactivos directos y los reactivos indirectos.

Ejemplo:

Reactivos directos = 5 + 10 Reactivos indirectos = 15 reactivos.

Una vez obtenida el puntaje se compara con la siguiente tabla:

0-6	Autoestima severamente disminuida.
7-13	Baja autoestima.
14-19	Regular autoestima.
20-25	Alta autoestima.

**INVENTARIO DE AUTOESTIMA DE COOPERSMITH
ADULTOS**

Nombre: _____ Edad: _____
 Fecha de nacimiento: _____
 Estado Civil: _____ Fecha de aplicación: _____

1. Generalmente los problemas me afectan muy poco.	SI	NO
2. Me cuesta mucho trabajo hablar en público.	SI	NO
3. Si pudiera cambiaría muchas cosas de mí.	SI	NO
4. Puedo tomar una decisión fácilmente.	SI	NO
5. Soy una persona simpática.	SI	NO
6. En mi casa me enoja fácilmente.	SI	NO
7. Me cuesta trabajo acostumbrarme a algo nuevo.	SI	NO
8. Soy popular entre las personas de mi edad.	SI	NO
9. Mi familia generalmente toma en cuenta mis sentimientos.	SI	NO
10. Me doy por vencido(a) muy fácilmente	SI	NO
11. Mi familia espera demasiado de mí.	SI	NO
12. Me cuesta mucho trabajo aceptarme como soy.	SI	NO
13. Mi vida es muy complicada.	SI	NO
14. Mis compañeros casi siempre aceptan mis ideas.	SI	NO
15. Tengo mala opinión de mí mismo(a).	SI	NO
16. Muchas veces me gustaría irme de mi casa.	SI	NO
17. Con frecuencia me encuentro a disgusto en mi trabajo.	SI	NO
18. Soy menos guapo (bonita) que la mayoría de la gente.	SI	NO
19. Si tengo algo que decir, generalmente lo digo.	SI	NO
20. Mi familia me comprende.	SI	NO
21. Los demás son mejor aceptados que yo.	SI	NO
22. Siento que mi familia me presiona.	SI	NO
23. Con frecuencia me desanimo en lo que hago.	SI	NO
24. Muchas veces me gustaría ser otra persona.	SI	NO
25. Se puede confiar muy poco en mí.	SI	NO

ANEXO 5

Test de Frases Incompletas Para Adultos

Prueba semiestructurada, la cual consta de 60 frases , las cuales se agrupan en cuatro áreas y a su vez se reagrupan en actitudes; área de adaptación familiar: actitud hacia el padre, actitud hacia la madre, actitud hacia la unidad familiar; área sexual: actitud hacia las mujeres, actitud hacia las relaciones heterosexuales; área de relaciones interpersonales: actitud hacia amigos y conocidos, actitud hacia colegas en el trabajo o escuela, actitud hacia superiores en el trabajo o en la escuela, actitud hacia subordinados; área de autoconcepto: temores, sentimientos de culpa, metas, propias capacidades, pasado, futuro.

Instrucción: en seguida encontrará usted sesenta y una frases incompletas; léalas y vaya completándolas escribiendo lo primero que se le ocurra. Trabaje tan rápidamente como le sea posible. Si no puede completar alguna frase, encierre en un círculo el número que le corresponda y déjela para después.

Forma de calificación: se califica por su área 0 – sino existe conflicto, 1 – algún conflicto, 2 – severamente conflictuado. Instrucciones: en seguida se le otorga por area de actitud social.

**TEST DE FRASES INCOMPLETAS
VERSIÓN ADULTO**

Nombre: _____

Edad: _____

1. Creo que mi padre pocas veces
2. Cuando las posibilidades están en mi contra
3. Siempre he deseado
4. Si estuviera al mando
5. Para mí, el futuro parece
6. Mis superiores
7. Sé que es tonto, pero tengo miedo de
8. Creo que un verdadero amigo
9. Cuando yo era niño
10. Para mí la mujer perfecta
11. Cuando veo a un hombre y a una mujer juntos
12. En comparación con la mayoría mi familia
13. En el trabajo me llevo mejor con
14. Mi madre
15. Daría cualquier cosa por olvidar la vez que
16. Sí mi padre solamente
18. Yo podría ser perfectamente feliz sí
19. Si trabajaré gente para mí
20. Más adelante yo quiero
21. En la escuela, mis maestros
22. La mayoría de mis amigos no saben que tengo
23. Me cae mal la gente que
24. Antes de que tuviera doce años
25. Creo que la mayoría de las muchachas (os)
26. Para mí la vida de matrimonio es
27. Mi familia me trata como
28. Mis compañeros de trabajo son
29. Mi madre y yo
30. Mi error más grande fue
31. Yo quisiera que mi padre
32. Mi defecto más grande es
33. Mi ambición secreta es
34. La gente que trabaja para mí
35. Algún día yo
36. Cuando veo venir a mi jefe
37. Quisiera poder perderle el miedo a
38. La gente que me cae mejor
39. Si yo fuera niño otra vez
40. Yo creo que la mayoría de las mujeres
41. Sí tuviera relaciones sexuales

42. La mayoría de las familias que conozco
43. Me gusta trabajar con
44. Yo creo que la mayoría de las madres
45. Cuando yo era más chico me sentía culpable de
46. Creo que mi padre es
47. Cuando la suerte se me voltea
48. Al dar ordenes a los demás
49. Lo que más deseo en la vida
50. Cuando sea más grande
51. Las personas a quienes considero mis superiores
52. Algunas veces el miedo me obliga
53. Cuando no estoy presente mis amigos
54. El recuerdo más vivo de mi niñez es
55. Lo que menos me gusta de las mujeres
56. Mi vida sexual
57. Cuando yo era niño, mi familia
58. Mis compañeros de trabajo generalmente
59. Quiero a mi madre, pero
60. La peor cosa que hice en mi vida fue.

ANEXO 6

Test de frustración, (P.F.T.)

Prueba semiestructurada, con calificación cuantitativa y cualitativa; la cual consta de 24 láminas.

Instrucción: en cada uno de los siguientes cuadros se encuentran dos o más personas. Una de las personas le está hablando a la otra. Usted debe escribir en el espacio correspondiente, la primera respuesta que se le ocurra. No trate de contestar con chistes. Conteste tan rápido como le sea posible.

Forma de calificación: es a través de tres factores; agresión extrapunitiva, dirigida hacia el exterior; agresión intrapunitiva, sentimientos de culpa; intrapunitiva, no hay ningún tipo de agresión, se minimiza la situación de frustración.

PROTOCOLO DE CALIFICACIÓN

CALIFICACIÓN

Nº	O-D	E-D	N-P	G.C.R
1		M		
2		I		
3				
4		M	m	
5			i	
6				
7		E		
8				
9		E		
10		E		
11		E		
12				
13		E		
14				
15				
16		E, I		
18				
19		I		
20				
21	I'			
22	M'			
23		E		
24		M		

PERFILES

	O-D	E-D	N-P	TOTAL	%	NOTA T
E	()	()	()	()		
I	()	()	()	()		
M	()	()	()	()		
				()		
TOTAL	()	()	()	()		
%						
NOTA T						

ESQUEMAS

1
2
3
<u>E</u>
<u>I</u>
<u>E + I</u>

TENDENCIAS

1
2
3
4
5

G.C.R.	Total:	%	NOTA T
--------	--------	---	-----------

INTERPRETACIÓN

ANEXO 7

Caso 1

DATOS GENERALES

Fecha de ingreso:	02, marzo, 2002.
Fecha de egreso:	19, abril, 2002.
Nº de días en el hospital:	48 días
Nº de días en estado grave:	12

DATOS DEL MENOR

Edad:	6 meses
Sexo:	Masculino
Número de nacimiento:	1º

DATOS GENERALES DE LA FAMILIA

Edad madre:	20 años
Escolaridad:	Secundaria.
Ocupación:	Hogar.
Edad del padre:	25 años
Escolaridad	Secundaria.
Ocupación:	Chofer transporte público.
Estado Civil :	Casado.
Ingreso económico:	\$ 1,600.00
Tipo de vivienda:	Rentada.
Nº de habitaciones:	1

Entrevista con el padre y madre sobre el padecimiento:

El 5 de febrero, el menor inicia con una infección de garganta, por lo que es llevado al Hospital Pediátrico de Azcapotzalco; recetándole tratamiento el cual solo se administró dos días por presentar irritabilidad, por tal motivo se llevó con médico particular mejorando con el tratamiento.

El 27 de febrero presenta fiebre, vómito, irritabilidad llevándolo con médico particular; el cual lo canaliza al Hospital Valle Ceylan, siendo hospitalizado el 28 de febrero a la 1:00 a.m. y es dado de alta por mejoría el mismo día.

El 1° de marzo se percibió soñoliento sin reacción a los estímulos, acudiendo nuevamente al Hospital reportado el personal médico traumatismo craneoencefálico severo; por lo que al otro día es trasladado para estudio de tomografía (TAC) y posteriormente canalizado de urgencia al Instituto Nacional de Pediatría (INP), ingresando al servicio de terapia intensiva, con el siguiente diagnóstico: traumatismo craneoencefálico severo, fractura temporal izquierda, hemorragia intracraneal.

La madre refiere que el motivo de la fractura lo desconoce y que posiblemente alguna enfermera lo tiro. Posteriormente afirma que durante el traslado para el estudio tomográfico, la ambulancia paso por un tope y reboto la camilla fuertemente e incluso el padre se golpeo con el techo; evento que pudo haber provocado la fractura. El padre menciona no querer demandar ya que siente que primero es la salud de su hijo.

La permanencia hospitalaria del menor fue de 48 días, 12 de ellos en terapia intensiva. Los estudios radiológicos mostraron dos fracturas costales antiguas ubicadas en el costado derecho del menor, el cual no recibió atención por este padecimiento. Posterior al estudio médico, social y psicológico por parte de la Clínica de Atención Integral al Niño Maltratado, el menor se ingresó con los siguientes diagnósticos:

- Traumatismo craneo encefálico severo.
- Fractura craneal.
- Hemorragia Intracraneal.
- Retraso psicomotor severo (desarrollo al 30%).
- Hemorragia retiniana bilateral.
- Déficit visual.
- Fracturas costales.
- Crisis convulsivas.
- Síndrome del niño sacudido e impactado.

En el ámbito legal se realizó notificación médico-legal, deliberando el Ministerio Público que no había elementos para maltrato otorgándole nuevamente la custodia a los padres.

Descripción Caso 2

DATOS DE HOSPITALIZACIÓN

Fecha de ingreso:	17, marzo, 2002.
Fecha de egreso:	18, abril, 2002.
Nº de días en el hospital:	31
Nº de días en estado grave:	5

DATOS DEL MENOR

Edad:	1 año, 5 meses
Sexo:	Femenino
Número de nacimiento:	1º

DATOS GENERALES DE LA FAMILIA

Edad madre:	23 años
Escolaridad:	1º Secundaria
Ocupación:	Hogar
Edad del padre:	24 años
Escolaridad	Analfabeta
Ocupación:	Ayudante de Albañil
Estado Civil :	Casado.
Ingreso económico:	\$ 2,800.00
Tipo de vivienda:	Rentada
Nº de habitaciones:	1

Entrevista con la madre sobre el padecimiento:

Aproximadamente hace un mes la menor presentó fiebre del 40 °C y sintomatología que posteriormente fue diagnosticada como crisis convulsivas; atención que recibió en el servicio de urgencias del Instituto Nacional de Pediatría, proporcionarle tratamiento. A principios de marzo presenta nuevamente crisis convulsivas sin fiebre, acudiendo a medico particular, no observando mejoría e inclusive observo que aproximadamente cada tercer día presentaba las crisis. El 18 de abril la madre escucha un grito de la menor y cuando acude atenderla la observa hipertonicidad (rigidez muscular), supraversion de la mirada (mirada hacia arriba). Lo cual tiene una duración de aproximadamente 20 minutos con pérdida de la conciencia. Por lo que acude al Instituto Nacional de Pediatría ingresando la menor con los siguientes diagnósticos: Traumatismo craneo encefálico, hematoma subdural, hemiplejia izquierda, desnutrición 2° grado.

Como antecedente la madre refiere que la menor se había caído cinco veces de la andadera, golpeándose en la cabeza. La primera hace tres meses antes de iniciar el padecimiento, produciéndose aumento de volumen y equimosis (moretón) frontal; a partir de entonces se describe irritable con llanto y vómito. Una semana después se presenta la primera crisis convulsiva. La última caída fue un día anterior al ingreso. También reporta que su hija se rasguña sola e incluso se arranca el cabello. Menciona que hace enojar mucho al papá pero que el no le hace caso ya que el comprende que es una bebé. Sin embargo dichas caídas no justifica médicamente la severidad de la lesión.

Posterior al estudio médico, social y psicológico realizado por la Clínica de Atención Integral al Niño Maltratado el menor se ingresó con los siguientes diagnósticos:

- Traumatismo craneo encefálico.
- Hematoma subdural.
- Hemiplejia izquierda.
- Retraso psicomotor moderado.
- Hemorragia retiniana unilateral diseminada.

- Síndrome del niño sacudido e impactado.

En el ámbito legal se realizó notificación médico-legal, **deliberando** el Ministerio Público que no había elementos para maltrato otorgándole nuevamente **la custodia** a los padres.

Descripción Caso 3

DATOS DE HOSPITALIZACIÓN

Fecha de ingreso:	13, mayo, 2002
Fecha de egreso:	20, mayo, 2002
N° de días en el hospital:	7
N° de días en estado grave:	--

La menor fue hospitalizada para el estudio de las secuelas, ya que en el estado crítico del padecimiento fue atendida en otro hospital.

DATOS DEL MENOR

Edad:	4 meses
Sexo:	Femenino
Número de nacimiento:	1°

DATOS GENERALES DE LA FAMILIA

Edad madre:	20 años
Escolaridad:	Preparatoria
Ocupación:	Hogar
Edad del padre:	19 años
Escolaridad:	Secundaria
Ocupación:	Ayudante de mecánico
Estado civil:	Casados
Ingreso económico:	\$ 3,000.00
Tipo de vivienda:	Rentada
N° de habitaciones	4

Entrevista con la madre sobre el padecimiento:

Al mes de edad la menor manifestaba irritabilidad, llanto continuo y dificultad para dormir; por lo que es llevada a médico particular diagnosticado estreñimiento, además detecta luxación congénita de cadera, receta medicamento y sugerencias para la corregir la desviación de cadera. A los 2 meses de edad presenta aumento de volumen y coloración morada en la pierna derecha; por lo que es llevada al Hospital Pediátrico de Moctezuma en el cual le diagnostican fractura de fémur izquierda, fractura costal izquierda. Posterior a la realización de la notificación medico-legal el Ministerio Público determina no encontrar elementos para maltrato. A los 4 meses de edad al estar al cuidado del padre presenta tono muscular disminuido y superversión de la mirada (hacia arriba), por lo que la lleva al médico particular el cual no la recibe ya que en ese momento estaba convulsionando y le sugiere llevarla a un hospital, por lo que es atendida en el Hospital Pediátrico de Iztapalapa, al darse de alta egresa con los siguientes diagnósticos: retraso psicomotor severo, hemorragias retinianas bilaterales con probable déficit visual parcial o total; por tal motivo es llevada a la Asociación Nacional para Evitar la Ceguera en México diagnosticándole ceguera. La madre en su búsqueda de otra impresión diagnóstica a nivel visual, acude al Instituto Nacional de Pediatría al servicio de consulta Externa; bajo la sospecha de maltrato es canalizada al servicio de la Clínica de Atención Integral al Niño Maltratado (CAINM); al cual ingresa para la realización de estudios y lograr el diagnóstico diferencial entre osteogénesis imperfecta (afección ósea que produce fracturas en diferentes niveles) y “síndrome del niño sacudido”.

Posterior al estudio médico, social y psicológico de la Clínica de Atención Integral al Niño Maltratado el menor se egresó con los siguientes diagnósticos:

- Traumatismo craneo encefálico.
- Fractura craneal.
- Hematoma subdural.
- Hemorragia Intracraneal.
- Retraso psicomotor severo.

- Hemorragia retiniana bilateral.
- Ceguera.
- Fracturas costales antiguas.
- Fractura ambas clavículas antiguas.
- Fracturas ambos fémur antiguas.
- Síndrome del niño sacudido e impactado.
- Maltrato físico (lesiones a otros niveles).

En el ámbito legal no se realizó notificación médico-legal, sin embargo tenía un antecedente de notificación, en otro hospital, deliberando el Ministerio Público que no había elementos para maltrato otorgándole nuevamente la custodia a los padres.

Caso 4

DATOS GENERALES

Fecha de ingreso:	10, marzo, 2002.
Fecha de egreso:	20, marzo, 2002.
N° de días en el hospital:	12
N° de días en estado grave:	4

DATOS DEL MENOR

Edad:	3 meses
Sexo:	Femenino
Número de gesta:	2 ^a

DATOS GENERALES DE LA FAMILIA

Edad de la madre:	23 años
Escolaridad:	4° semestre de contabilidad
Ocupación:	Hogar
Edad del padre:	27 años
Escolaridad:	Preparatoria incompleta
Ocupación:	Carpintero
Estado civil:	Casados
Ingreso económico	\$ 4,000.00
Tipo de vivienda:	Rentada
N° de habitaciones	2

Entrevista con ambos padres:

El padecimiento inicia hace tres días con irritabilidad tras ingerir una natilla; es atendida en una farmacia similar, con diagnóstico de infección en garganta, recetando antibiótico; pero no muestra mejoría. Aunado a ello la menor empezó a presentar vómito y una crisis convulsiva por lo que es llevada al servicio de urgencias del Instituto Nacional de Pediatría (INP), proporcionándole medicamento y egresándola el mismo día; sin embargo el problema continuó presentándose nuevamente otra crisis convulsiva por lo que acuden nuevamente al INP. Al ingresar el padre refiere al personal médico y de enfermería que la paciente presenta moretones en la espalda debido a que él por iniciativa propia comenzó a sobar a la bebé como había visto que en una ocasión lo realizaron con otro hijo: “La sobe porque pensaba que la niña tenía empacho y no dejaba de llorar, hasta que termine de sobarla fue como ya descanso de los dolores en su estómago, por eso la volví a sobarla el día de ayer y ya con eso se quedó dormida”. Durante la exploración física la menor presentaba equimosis (moretón) en el rostro, señalando los padres que la bebé se encontraba en el sillón y su hermano de un año seis meses paso corriendo y le pego con la mano en la cara, dicha versión fue inverosímil para el personal médico por la magnitud del moretón comparada con la edad y fuerza que puede ejercer un niño de esa edad. La menor fue hospitalizada con los siguientes diagnósticos: crisis convulsivas, equimosis (moretones) en rostro y espalda, probable síndrome del niño maltratado (SNM). Posterior al estudio médico, social y psicológico de la Clínica de Atención Integral al Niño Maltratado el menor se ingresó con los siguientes diagnósticos:

- Traumatismo craneo encefálico.
- Hemorragia intracraneal.
- Hemorragias retinianas bilaterales diseminadas (sin repercusión visual).
- Crisis convulsivas parciales.
- Síndrome del niño sacudido e impactado.

En el ámbito legal se realizó notificación médico-legal, deliberando el Ministerio Público el diagnóstico de maltrato infantil, otorgando la guarda y custodia a un familiar.

Caso 5

DATOS GENERALES

Fecha de ingreso:	11,marzo,2002
Fecha de egreso:	28,marzo, 2002
N° de días en el hospital:	17
N° de días en estado grave:	0

ANTECEDENTES DEL MENOR

Edad:	1 año
Sexo:	Femenino
Número de gesta:	1ª

DATOS GENERALES DE LA FAMILIA

Edad de la madre:	20 años.
Escolaridad:	Primaria
Ocupación:	Costurera
Edad del padre:	Desconoce
Escolaridad:	Desconoce
Ocupación:	Desconoce
Estado civil:	Madre soltera
Ingreso económico	\$ 1,080.00
Tipo de vivienda:	Rentada
N° de habitaciones	1

Entrevista con la madre sobre el padecimiento:

Cuatro días anteriores a la hospitalización la madre notó que la menor no se recostaba sobre su lado izquierdo, el día de su ingreso nota un absceso en la región frontal el cual fue incrementando de tamaño, por lo cual acudió al Instituto Nacional de Pediatría. Desconoce el origen de la lesión. Es importante señalar que la madre trabaja como costurera con un turno de 9:00 a.m. a 6:00 p.m. por lo que la menor está al cuidado de los abuelos maternos. La menor ingresó al INP con el siguiente diagnóstico: traumatismo craneoencefálico.

Posteriormente se le encuentran los siguientes hallazgos:

- Traumatismo craneoencefálico.
- Fractura craneal.
- Hematoma subdural.
- Hemorragia retiniana unilateral.
- Síndrome del niño sacudido e impactado.

En el ámbito legal se realizó notificación médico-legal, deliberando el Ministerio Público que no había elementos para maltrato.

DATOS GENERALES

Fecha de ingreso:	24, octubre, 2003
Fecha de egreso:	26, noviembre, 2003
N° de días en el hospital:	32
N° de días en estado grave:	--

La menor es originaria del Estado de Oaxaca; atendiéndose en su estado crítico en hospitales de la región. Se ingresó para estudios.

ANTECEDENTES DEL MENOR

Edad:	3 meses
Sexo:	Femenino
Numero de gesta:	2ª

DATOS GENERALES DE LA FAMILIA

Edad de la madre:	30 años
Escolaridad:	Pasante de derecho
Ocupación:	Hogar
Edad del padre:	26 años
Escolaridad:	Primaria
Ocupación:	Ayudante de Albañil
Estado civil:	Unión libre
Ingreso económico	\$ 3,000.00
Tipo de vivienda:	Prestada
N° de habitaciones	2

Entrevista con la madre:

El padecimiento inicio al mes de vida, notando la madre irritabilidad y dolor intenso, cuando la moviliza del tórax, por lo que es llevada con medico homeópata quien indica tratamiento naturista, se administran durante 20 días sin mejoría por lo que acuden con médico particular quien nota posible fractura costal y es canalizada al Hospital de la Niñez Oaxaqueña. Ese mismo día, refiere la madre, la aparición de hematoma biparietal, (absceso) de aproximadamente 5 cm. A su ingreso al hospital se diagnostica fractura lineal parietal derecha y múltiples fracturas costales sin traumatismo aparente, permaneciendo hospitalizada 34 días; durante la entrevista la madre refiere que ahí el manejo lo noto brusco por lo que piensa que el médico fue el que la fracturo, y afirma que el padecimiento de la menor es una enfermedad llamada osteogénesis imperfecta (enfermedad que descalcifica los huesos, hasta hacerlos frágiles con riesgo de fractura), dicha enfermedad se descarto en ese hospital. Posteriormente los padres acuden nuevamente al Hospital, donde se percatan de fractura de miembro superior. Refiere la madre, que al realizarle el médico un procedimiento éste le jaló el brazo y lo fracturó (en dicho hospital permaneció 15 días); dos días después de su egreso los padres notan aparición de equimosis (moretones) de los dedos de ambos pies por lo que acuden con pediatra particular el cual lo refiere al Instituto Nacional de Pediatría.

Por parte del abordaje interdisciplinario de la Clínica de Atención Integral al Niño Maltratado la menor se egresa con los siguientes diagnósticos:

- Traumatismo craneoencefálico.
- Fractura craneal; lineal parietal.
- Hematoma.
- Hemorragia retiniana bilateral.
- Síndrome del niño sacudido e impactado.

Durante las múltiples hospitalizaciones en el Estado de Oaxaca, se realiza notificación médico-legal, descartando el Ministerio Público posibilidad de maltrato infantil, otorgándole nuevamente la guarda y custodia a los padres.

DATOS GENERALES

Fecha de ingreso:	01, agosto, 2003
Fecha de egreso:	02, agosto, 2003
N° de días en el hospital:	1
N° de días en estado grave:	Fallecida

ANTECEDENTES DEL MENOR

Edad:	6 meses
Sexo:	Femenino
Número de gesta:	2ª

DATOS GENERALES DE LA FAMILIA

Edad de la madre:	35 años
Escolaridad:	Pasante Pedagogía
Ocupación:	Hogar
Edad del padre:	43 años
Escolaridad:	Pasante Contaduría
Ocupación:	Impresor
Estado civil:	Casados
Ingreso económico	\$ 3,000.00
Tipo de vivienda:	Prestada
N° de habitaciones:	1
N° de personas dormitorio:	3
Ubicación geográfica:	Estado de México
Zona:	Urbana

Entrevista con ambos padres:

Inicia el padecimiento un día anterior aproximadamente a las 12 de la noche; la menor se encontraba recostada en el babineto irritable, llorando. La madre acude al baño, con su otra hija, el cual se encuentra fuera de la habitación. Al decir del padre, la menor lloraba y él empezaba a dormir cuando súbitamente la menor deja de llorar, eso le llama la atención despertándolo. Observa con baja tensión muscular y sin reacción alguna, la sacude para que reaccionara, sin encontrar respuesta por lo que ambos padres deciden trasladarse al Instituto Nacional de Pediatría; ingresando el menor ingresa con el diagnóstico de bronco aspiración (alimento líquido que se al ser expulsado se va hacia la vía aérea). Posteriormente se establecen los siguientes diagnósticos:

- Traumatismo craneoencefálico.
- Hemorragia intracraneal.
- Hematoma subdural.
- Hemorragia retiniana bilateral.
- Síndrome del niño sacudido e impactado.

La menor lamentablemente fallece a la mañana siguiente.

Caso 8

DATOS GENERALES

Fecha de ingreso:	06, febrero, 2004
Fecha de egreso:	08, febrero, 2004
Nº de días en el hospital:	2
Nº de días en estado grave:	Fallecida

ANTECEDENTES DEL MENOR

Edad:	1 a 6 meses
Sexo:	Femenino
Número de gesta:	1ª

DATOS GENERALES DE LA FAMILIA

Edad de la madre:	17 años
Escolaridad:	Primaria
Ocupación:	Doméstica
Edad del padre:	23 años
Escolaridad:	Primaria
Ocupación:	Ayudante de Albañil
Estado civil:	Unión libre
Ingreso económico	Desconocido
Tipo de vivienda:	Prestada
Nº de habitaciones:	1
Nº personas por dormitorio:	8
Ubicación geográfica:	Distrito Federal
Zona:	Urbana

Entrevista con el padre:

Refiere el padre que dos días anteriores al ingreso la madre lo busca para dejarle a su hija, refiriendo que ya no quiere cuidarla. El padre menciona que al bañarla, le observa moretones en el cuerpo. Como antecedentes, un día antes la menor se cayó del sillón, posteriormente el padre observa, a la menor irritable y con vómito por lo que decide traerla al Instituto Nacional de Pediatría; ingresando con el siguiente diagnóstico: traumatismo craneoencefálico, lesiones de mordeduras en extremidades inferiores. Durante su estancia se le confirman los siguientes diagnósticos:

- Traumatismo craneoencefálico.
- Hemorragia intracraneal.
- Hemorragia retiniana.
- Lesiones de mordedura.
- síndrome del niño sacudido
- Abuso sexual.

Lamentablemente la menor fallece.

Es importante señalar que el padre durante el interrogatorio ante el Ministerio Público, confiesa que fue el responsable de las lesiones ocasionadas a la menor, esta declaración la realizó 24 horas después de la entrevista en el hospital.

ANEXO 8

Gráfica sobre el nivel intelectual y autoestima, de las madres por numero de caso.

