

Proceso Físico

728031

1 solo ejemplar en estantería

"ESTUDIO PRELIMINAR DEL PERFIL

DE PERSONALIDAD DE MADRES

GOLPEADORAS EN EL SÍNDROME

DEL NIÑO MALTRATADO"

TESIS QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE LICENCIADO

EN PSICOLOGÍA PRESENTA:

FERNANDO GERARDO CAMACHO REYES

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

U.N.A.M.

MEXICO, D.F. 1981.



Universidad Nacional  
Autónoma de México



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

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

Todo el material contenido en esta tesis 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.



25053.08  
UNSM.117  
1981

A TODOS ELLOS CON AFECTO Y GRATITUD

POR EL APOYO Y LA AYUDA PRESTADA

T. Ps. 3749

A mis Compañeros y Amigos

A mis Maestros

A mis Sinodales

A mis Padres

A mis Hermanos

A mis Cuñados y Sobrinos

A la Psic. Rosario Muñoz C.

Directora de esta Tesis

Al Lic. Jacobo Zabudovsky

A Guadalupe y Dolores Garnica

A Lilian Barona

	Pág.
CAPITULO I	
Introducción	1
Hipótesis	5
CAPITULO II	
Aspectos históricos del Maltrato al Niño	7
CAPITULO III	
Aspectos generales de - la agresión.	17
CAPITULO IV	
Aspectos que generan - Maltrato al Niño	22
CAPITULO V	
Aspectos Legales y Pediá tricos en el Síndrome - del Niño Maltratado.	
A) Aspectos Legales	28
B) Aspectos Pediátricos	34

	Pág.
CAPITULO VI	
Características de la Madre Golpeadora y algunos Aspectos Psicológicos en el Niño Maltratado	39
CAPITULO VII	
Material y Métodos	47
CAPITULO VIII	
Resultados	51
CAPITULO IX	
Conclusiones	69
CAPITULO X	
Sugerencias	73
Bibliografía	79

## INTRODUCCION.

El estado de inferioridad infantil lleva al niño a depender de sus padres y de la sociedad en general para la satisfacción de las necesidades que le garanticen su subsistencia, asimismo, el ser humano es el ser más desprotegido que viene al mundo al nacer, y que desde su nacimiento hasta su madurez atraviesa por un periodo de fragilidad que necesita de todos los cuidados para establecer adecuadamente su proceso de desarrollo.

Por estos motivos, una de las preocupaciones mayores es la de resolver los múltiples problemas que se presentan durante la infancia

El Síndrome del Niño Maltratado es un problema que se ha venido desarrollando y queha existido desde los principios de la historia, y al cual hasta hace poco no se le daba importancia alguna, ya sea en términos médicos ó sociales.

Las causas de que los niños sean maltratados por sus padres son numerosas y variadas. De igual forma, la agresión puede manifestarse de diversas maneras; puede ser activa -- ó pasiva, expresada física ó psicológicamente.

En nuestro medio se carece de información adecuada al respecto, no porque sea un problema irrelevante ó porque

no se presente este fenómeno, sino simplemente ha sido igno-  
rado, reflejándose ésto, en que ni siquiera existe bien cla-  
sificado este diagnóstico en los archivos clínicos de la -  
mayoría de los hospitales.

Hasta la fecha en nuestro país se ha publicado un sólo -  
estudio al respecto, hecho por el Dr. Jaime Marcovich, en -  
donde, la casuística fué tomada de casos de notas periodís-  
ticas, por lo que la metodología empleada y los resultados -  
obtenidos no son muy válidos para establecer conclusiones -  
pero nos hacen ver que el problema existe, y que es preciso  
no seguir ignorándolo, ya que en nuestro país la gran mayo-  
ría de la población se compone de niños, por lo que la prob-  
abilidad de que esta problemática se presente sea mayor.

El Síndrome del Niño Maltratado, es una situación de -  
maltrato que no sólo incluye heridas graves, estancamiento -  
del desarrollo normal, explotación sexual, sino también el  
maltrato ó abuso emocional, que al generarse, no pasa tan -  
rápidamente como el abuso físico.

Diversos autores, han establecido que el maltrato a los  
niños no es característico de ninguna clase socioeconómica,  
sino que es una generalización que se dá a todos niveles. El  
Síndrome del Niño Maltratado no es una enfermedad de la po-  
breza, es una enfermedad de la humanidad.

En 1961, Kempe, director del Centro Nacional para la Prevención del Abuso y Descuido del Niño, definió el Síndrome del Niño Maltratado, como "el uso de la fuerza física en forma intencional no accidental, dirigido a herir, lesionar ó destruir a un niño, ejercido por parte de un padre ó de otra persona responsable del cuidado del menor". ( 1 )

Esta definición nos parece un poco incompleta, por lo cual mencionaremos la definición que se propuso en el Primer Simposium Nacional del Síndrome del Niño Maltratado, y que a nuestro juicio nos parece más acertada; se definió al Síndrome del Niño Maltratado, como: El conjunto de lesiones orgánicas y/o psíquicas que se presentan en un menor de edad en uso y abuso de su condición de superioridad física, psíquica y social. ( 2 )

En el estudio realizado por Marcovich, señala que era la madre quien en la mayoría de los casos maltrataba al niño, seguida en un porcentaje más bajo por el padre, el padrastro ó madrastra y los tíos. ( 3 )

En general, los autores que se han dedicado al estudio de esta problemática han encontrado que es la madre quien maltrata principalmente a sus hijos. Señalan que ella es quien mantiene un contacto más frecuente con los mismos, llegando, en ocasiones, a delegársele la educación de los

hijos, por lo que en cualquier momento de stress ó frustración, tienden a canalizarlo agrediéndolos.

El presente trabajo, tiene como finalidad el identificar - en un estudio preliminar, el perfil de personalidad de la madre golpeadora, utilizando el Inventario Multifásico de la Personalidad de Minessota (M.M.P.I.), asimismo sensibilizar y motivar el estudio del Síndrome del Niño Maltratado en nuestro medio, planteando las dificultades que se presentan y sugiriendo alternativas que nos permitan conocer y entender mejor esta entidad.

Dada la falta de literatura en general al respecto, se -- hace también una recopilación bibliográfica que nos dé un panorama más amplio en este tema, y que nos señale lo que se ha venido desarrollando en otros países que se han preocupado en estudiar el problema.

El estudio está enfocado exclusivamente hacia las madres, -- que, como ya se ha mencionado, es quien maltrata principalmente al niño, además de que en nuestro medio, existe una estrecha relación entre la madre y los hijos, y que comúnmente es a ella quien se le delegan las responsabilidades en la educación y el desarrollo de los mismos.

Para efectuar este estudio se eligió el M.M.P.I., ya que -- nos señala tendencias patológicas, además de que posee carac-

terísticas importantes y básicas que nos ayudarán a la realización de nuestro estudio. Estas características son:

- 1) Se puede aplicar colectivamente.
- 2) La intervención entre el examinado y el examinador es mínima.
- 3) Los resultados obtenidos se llegan a cuantificar por medio de una computadora.

De esta manera, se tratará de dar un primer paso, que sirva para contemplar esta problemática en forma más amplia, y que posteriormente nos avoquemos más profundamente al estudio de este síndrome para estar en condiciones de plantear alternativas adecuadas para su solución.

#### HIPOTESIS

Este estudio se basará en la hipótesis nula y la hipótesis alternativa como hipótesis principales.

$H_0$  - No existen rasgos específicos de psicopatología en el perfil de personalidad del M.M.P.I. de la madre golpeadora.

$H_1$  - Existen rasgos específicos de psicopatología en el perfil de personalidad del M.M.P.I. de la madre golpeadora.

## HIPOTESIS SECUNDARIAS

- 1.- La madre golpeadora presenta una elevación marcada en la escala 4.
- 2.- La madre golpeadora presenta una baja puntuación en la escala 0.

## C A P I T U L O    I I

### ASPECTOS HISTORICOS DEL MALTRATO AL NIÑO

El maltrato al niño es uno de los ejemplos más dramáticos de la inhumanidad del hombre hacia el hombre, es el más oculto y el menos controlado. Acontece frecuentemente y no va en disminución, sino al contrario, va en aumento. A pesar de ello se le ignora ó se le desprecia en los países subdesarrollados.

Las razones del silencio son complejas y sólo se entrevén parcialmente; implica riesgos personales de sujetos condicionados a una sociedad donde la violencia es habitual, donde se carece de sentido social; implican, así mismo, desconocimiento médico y dificultad para practicar una buena labor que desentrañe la etiología y la génesis de la lesión.

El abuso a los niños se ha venido describiendo en diversas formas y en varias civilizaciones, a lo largo de los siglos. Un sociólogo escribió en 1906: "El sacrificar a los niños ha sido un hecho en la historia social de la humanidad, y expresa el horror más profundo y el sufrimiento inherente al ser humano. Los hombres deben hacerlo. Su interés se lo pide a pesar de lo doloroso que les resulta. El

sacrificio humano puede considerarse universal. Duró hasta el estado de semicivilización de todas las naciones y apenas ha cesado de existir en los pueblos semicivilizados de la actualidad. ( 4 )

El maltrato a los niños no es reciente, así vemos, que se cita en el Génesis como una justificación para agradar a Dios.

En las grandes civilizaciones antiguas el infanticidio era considerado un medio para eliminar a todos aquellos pequeños que por desgracia nacían con defectos físicos. En China el límite de una familia era de 3 hijos; para controlar el aumento de la población arrojaban al cuarto hijo a los animales salvajes. En la India destrozaban a todo aquel niño que nacía con defectos físicos por considerárseles como obras malignas.

Los motivos aducidos para matar a los niños han sido diversos, abarcando desde aquellos cuyo objeto ha sido el mejoramiento de la raza, como el caso de los romanos y los griegos que eliminaban a los niños débiles y deformes, para que solamente los fuertes sobrevivieran, hasta los sacrificios rituales, como los de la fertilidad, en los que se arrojaban niños a los ríos, como ofrendas a los dioses del agua, para que éstos les concedieran buenas cosechas.

Algunas culturas hacían matanzas de niños como método - aceptable de planificación familiar, y la vergüenza y la - carga que suponía el tener hijos ilegítimos, también deter- minaba su muerte.

El caso de Mary Ellen, acontecido en Nueva York a fina- les del siglo pasado, nos hace reflexionar, ya que se trata- ba de una niña de 4 años de edad, la cual era sometida con- tínuamente a golpes y maltratos, a tal grado que los vecinos decidieron acudir a los tribunales y presentar éste caso; - sin embargo, en esa época el maltrato al niño no era consi- derado un acto delictuoso por lo que ninguna acción legal - fué llevada a cabo. Se presentó entonces el caso a la corte, avalado, irónicamente, por la "sociedad protectora de anima- les", aceptándose los argumentos presentados e imponiéndose el castigo merecido a los agresores. ( 5 )

En la actualidad las condiciones del maltrato al niño - no han mejorado, así vemos que en Enga de Papua, Nueva Guinea, los niños son severamente castigados. Un niño puede perder- una porción de dedo ó de oreja por introducirse al huerto - de su madre sin permiso. ( 6 )

El maltrato cruel al niño es utilizado todavía en Yoruba, área rural de Nigeria. ( 7 )

En Tanzania, dependiendo de la ofensa del niño, éste puede ser encerrado en una cabaña por varios días sin probar alimento y poniéndolo en una posición incómoda por la noche ó exponiéndolo públicamente con excremento untado en la cara. ( 8 )

En Uganda, Kenia y Sudán, también se han reportado un alto índice de maltrato a los niños. ( 9 )

En México los grupos Mazahuas obligaban a los niños desobedientes a inclinar su cabeza sobre el humo de los chilestostados, también dándose castigos en los cuales se hincaba a los niños sobre corcholatas con los brazos en cruz, abandonándolos después en un sótano húmedo durante la noche.(10)

Ahora bien, los factores psicológicos asociados con la urbanización son también de interés en el problema del maltrato al niño. Estudios en Uganda, Kenia y Venezuela, indican que las madres de áreas urbanas son menos autoconfidentes, menos autosuficientes y menos seguras acerca de su capacidad de guiar correctamente a sus hijos. (11)

En Estados Unidos existen de 100,000 a 124,000 casos -- anuales de maltrato a niños por parte de sus padres, así como también estadísticas de 1966, nos señalan que de los -- 10,920 asesinatos cometidos, uno de cada 22 fué infanticidi--

dio cometido por los padres, principalmente la madre.

Uno de los últimos estudios en Estados Unidos estima que hay cerca de un millón de casos que presentan problemas de maltrato al niño. (12)

En otros países industrializados, como Francia, Bélgica-Suiza, la agresión incontrolada del adulto sobre el pequeño produjo grandes inquietudes entre autoridades y público en general.

En Inglaterra los últimos estudios realizados en relación a ésta problemática señalaron 12,800 muertes en niños por sus agresores; en la gran mayoría los progenitores.

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

Ahora bien, qué sucede en México? , desgraciadamente no tenemos ningún estudio serio al respecto; por varias razones, como son la falta de información general, falta de literatura médica, etc.; sin embargo, no creemos que estamos en un situación de privilegio en relación a otros países, sino que es fácilmente comprobable la abundancia de éstos casos a través de las notas periodísticas.

Es importante señalar que en México, a finales del siglo pasado y en el periodo que abarca de 1871 a 1885, se llevó a cabo una estadística de infanticidios formada en los diversos Estados de la República y en la que se establecía -- el número de infanticidios cometidos anualmente en cada -- Estado cubriendo el periodo antes descrito. (13)

Sin embargo, debido a las carencias en metodología de -- ésa época, este estudio no nos permite hacer conclusiones, ya que está hecho bajo un aspecto tan general que no nos -- aporta datos importantes como pueden ser la edad y sexo de los agresores, relación del agresor con el niño, las causas que motivaron el crimen, además de que tampoco nos dice el procedimiento empleado para obtener esa estadística. Aún -- así, ésto nos indica que, como ya hemos dicho, la problemática presentada no es reciente y que en ése entonces existía una preocupación al respecto, sin explicarnos como ahora, con los avances metodológicos de las diferentes disciplinas, éste problema ha sido ignorado sin prestarle la atención necesaria para su solución.

Actualmente en nuestro país solo existe un estudio sobre el Síndrome del Niño Maltratado, hecho por el Dr. Jaime -- Marcovich, quien analizó 686 casos extraídos de notas periódicas y casos de hospitales infantiles periféricos.

Los resultados de este estudio fueron los siguientes:

De los 686 casos analizados, las causas que motivaron la agresión fueron principalmente socioeconómicas de las que se derivaban: "pedir comida", "no poder mantener al niño", "no llevar dinero a casa", "llanto", "por desobedecer", -- "por hacer travesuras".

También se encontró que la madre era quien en la mayoría de los casos maltrataba al niño, seguida en un porcentaje más bajo por el padre, el padrastro ó madrastra y lostíos.

Asímismo se encontró que la edad de los agresores fluctuaba entre los 20 y 24 años en el porcentaje más alto.

Contrariamente a lo que nos imagináramos entre los antecedentes de alcoholismo y drogadicción, los agresores presentaron sólo el 9.7%; sin embargo al analizar la condición de actividad de estos agresores se encontró que el 61.3% -- no tenían empleo en el momento de la agresión a los niños; este hecho se encuentra aunado a un factor de sobrepoblación, ya que la gran mayoría de las familias, tenía más de 4 hijos, además de un factor de hacinamiento en el cual se disponía de un sólo cuarto para la familia. (14)

Respecto a éste estudio hay que tomar en cuenta un hecho de trascendental importancia, y es, que se basó en la reco-

pilación de notas periodísticas, así como en pacientes que acudieron a hospitales infantiles periféricos y que son hospitales de concentración a los cuales acuden gente de extracto socioeconómico bajo, dándonos sólo una muestra de una determinada población sin que ésto quiera decir que sólo ahí exista el maltrato al niño, ya que en otros niveles socioeconómicos es más difícil detectar éstos casos porque se acude a médicos ó clínicas particulares, los cuales no fueron considerados en éste estudio.

El Dr. Marcovich, confirma lo dicho anteriormente expresando una convicción que le ha dejado su experiencia como médico e investigador, y es, que no obstante que el factor principal encontrado en el estudio como causa del maltrato al niño fue el socioeconómico, esto no basta por sí mismo para producir una padre golpeador, aunque si tiene mucha de la responsabilidad, ya que las causas del Síndrome del Niño Maltratado son multifactoriales.

Creemos que además de la concientización del problema, ésta intervención no sólo debe limitarse al estudio del niño maltratado, sino también a la familia, ya que es un problema que hay que entenderlo en términos conductuales de relaciones interpersonales dentro de una estructura social.

Estos datos de los pocos países que se han preocupado por el problema del Síndrome del Niño Maltratado, nos sugiere - en forma alarmante el estudiar el problema y no seguir ignorándolo, ya que en nuestro medio, el índice de maltrato a los niños es un problema grave, que debemos de tomar en consideración, porque un alto porcentaje de nuestra población se compone de niños y adolescentes.

"Pero el hombre difiere del animal por el hecho de ser - él único primate que mata y tortura a miembros de su propia especie sin razón alguna, biológica ni económica, y siente satisfacción al hacerlo. Es ésta agresión maligna, biológicamente no adaptativa y no programada filogenéticamente, la que constituye el verdadero problema y el peligro para la existencia del hombre como especie".

( ERICH FROMM, "ANATOMIA DE LA DESTRUCTIVIDAD HUMANA", 1977)

## C A P I T U L O    I I I

### ASPECTOS GENERALES DE LA AGRESION

Actualmente se presenta en los niños, jóvenes y adultos una excesiva conducta agresiva, que se ve reforzada por la gran variedad de estímulos ópticos y auditivos que son generados por los distintos medios de comunicación, tales como el cine, y la t.v., y que de ésta manera se encuentra menos reprimida y con mayor posibilidad de expresarse.

En este capítulo, se tratará de dar una visión general de las diversas teorías que se han generado en torno a la agresión.

La agresividad es definida por un gran número de autores, entre ellos se encuentran: Sigmund Freud, quien definía a ésta como una fuerza instintiva en la que se encuentran dos instintos que alternándose entre sí y oponiéndose, originan todos los principios de la vida. ( )

Ana Freud escribió en 1949, un resumen de la teoría de la agresión. Según esta teoría, los instintos innatos del hombre, sexo y agresión, tienen un papel principal en la formación de la personalidad. El hombre desarrolla las funciones del ego para conciliar las demandas de gratificación,

de los instintos de acuerdo con las condiciones de su ambiente. El sexo tiene la función de preservar, propagar y unificar la vida, mientras que la agresión sirve para el fin opuesto, es decir para deshacer conexiones y destruir la vida. Las acciones agresivas dirigidas contra el mundo llevan un curso de desarrollo similar al de las diferentes fases del desarrollo sexual. La falta de fusión entre las necesidades agresivas y eróticas del niño, tiene consecuencias importantes en la función de la personalidad.(15)

Mientras que las teorías psicoanalíticas se derivan de estudios detallados en pacientes individuales y proporcionan por consiguiente datos que ayudan a comprender mejor la sutileza de la mente humana, las teorías del aprendizaje se refieren primordialmente al comportamiento y resaltan la importancia del entorno que lo determina. Según estas teorías, las probabilidades de que un niño ó un adulto determinados manifiesten agresividad, así como la fuerza y la intensidad de su comportamiento agresivo, dependerán -- del tipo de recompensas ó castigos que hayan recibido en el pasado; de la presencia ó influencia de modelos agresivos y del punto en el que la agresión haya conseguido aliviar su enojo y su hostilidad, y les haya llevado a alcanzar los fines que perseguían.

Por su parte, Fromm utiliza los términos biofilia (Amor

a la vida) y necrofilia (Amor por lo muerto), y nos dice que la destructividad no es paralela a la biofilia, sino su alternativa. El amor a la vida ó el amor a la muerte son la alternativa fundamental que confronta todo ser humano. La necrofilia se incrementa en la medida en que se trunca el desarrollo de la biofilia. El hombre está biológicamente dotado para la capacidad de la biofilia, pero psicológicamente tiene como solución alternativa el potencial para la necrofilia. (16)

Lorenz considera a la agresión como una excitación interna que busca su soltura y hallará expresión independiente de que el estímulo externo sea o no adecuado. Afirma que debido a la evaluación negativa que por regla general se hace de las manifestaciones agresivas, las personas tienden a inhibir la manifestación de su impulso agresivo lo que trae como consecuencia una acumulación mayor de energía agresiva. ( 17 )

Noyes, define la agresión como "la impulsividad profundamente arraigada ó el modo de la personalidad para reaccionar de una manera definitivamente enérgica". (18)

Dollard, considera a la agresividad, como una dotación genética de energía en busca de canalización, y como una respuesta a la frustración.

En general no existe un acuerdo en la definición de lo que es la agresividad, así vemos que para algunos autores, la agresión es innata y para otros es una conducta aprendida, no es un producto de la naturaleza, sino el medio ambiente en el que el individuo se está desarrollando.

También se le ha dado a la agresividad orígenes hereditarios, teniendo un grado de expresividad y penetración en dependencia directa del gene que la transmite y en continua interacción del medio ambiente.

Las teorías somáticas aportan otros datos interesantes. El sustrato neurológico del desarrollo y la manifestación de la agresión se ha demostrado en animales y seres humanos.

En los animales el comportamiento agresivo se puede fomentar, disminuir ó eliminar a través de lesiones corporales, generalmente situadas en el sistema límbico y en el hipotálamo ó en sus vecindades. Estas mismas regiones son muy importantes cuando se trata de estudios de los humanos, y los electroencefalogramas de los psicópatas agresivos también las han identificado como posibles áreas disfuncionales. (19)

Estudios hechos por Masserman, Hess Y Hunsperger, tam--

bién parecen encontrar a la conducta agresiva dentro de las estructuras orgánicas, siendo ésta el hipotálamo. Estos autores han llegado a comprobar que las respuestas afectivo-defensivas, coordinadas y dirigidas, son producidas fácilmente por la estimulación hipotalámica lateral en el animal -- intacto. (20)

Algunos investigadores como Hess, J. Olds, R. R. Heath, Delgado y otros, han demostrado que el comportamiento agresivo puede activarse por estimulación eléctrica directa de diversas regiones, como las amígdalas, la parte lateral del hipotálamo, algunas partes del mesoencéfalo y la materia gris central; y puede inhibirse estimulando otras estructuras como el tabique, la circunvolución del cíngulo y el núcleo caudal.

Existe como ya se ha visto una gran cantidad de explicaciones acerca de los orígenes de la agresión, las cuales difieren unas con otras; pero que no obstante esto, la conducta agresiva no deja de producir los mismos efectos nocivos, físicos ó emocionales de quien la sufre, en éste caso, los niños. Y que además, el hombre y la sociedad, han encubierto a la agresión, dándole justificaciones científicas, razones sociales ó creencias religiosas.

## C A P I T U L O    I V

### ASPECTOS QUE GENERAN MALTRATO AL NIÑO

Es muy probable que la forma en que los padres tratan a sus hijos está determinada por los patrones conductuales ó trato que recibieron en su **infancia**, ó por una forma de -- compensación de crear una familia diferente a la que vivieron cuando niños.

Ackerman, menciona que "la familia puede producir, crecimiento ó estancamiento, buenas relaciones o fracasos en -- las mismas". ( 21)

En la actualidad los miembros de la sociedad con sus -- continuos cambios y avances tecnológicos y científicos, -- aunado al gran crecimiento de las grandes urbes, imposibilita la asimilación productiva de éstos cambios y avances, haciendo que sus familias no puedan ser núcleos humanizantes de generaciones futuras. (22 )

Estas desadaptaciones tienden a generar violencia que -- viene a tener su origen principalmente en la familia, ya -- que los padres, no son capaces de respaldar a sus **hijos**, -- sino por el contrario, pueden llegar a convertirse en agentes de los procesos agresivos.

Todas las formas de agresión al niño en la familia tienen, en diverso grado, efectos nocivos sobre los propios niños.

Los niños por su desprotección natural son el blanco fácil de todos aquellos que tratan de compensar su propia debilidad ó impotencia. Así por ejemplo, Steele afirma que si una pareja parental, por factores psicológicos, económicos ó socioculturales, no es capaz de solventar los problemas que se le presenten diariamente, tenderá a utilizar a los hijos como una forma de escape a sus frustraciones, ya sea interponiéndolos entre ambos conyuges como una medida defensiva ó agrediéndolos. (23)

Esta agresión ó maltrato a los niños, traerá como consecuencia una desensibilización para percibir las cosas de una manera objetiva, caracterizándose por una marcada desconfianza y distanciamiento afectivo hacia la vida circundante.

Martin señala que los padres golpeadores con frecuencia están bajo un stress crónico, en donde a menudo se presenta el maltrato a sus hijos. Afirma también, que los padres golpeadores fundan expectativas irreales, esperando que sus hijos respondan a ellas, y al no ser cumplidas crean frustración en los padres y desencadenan el abuso a los hijos.

(24).

Analizaremos ahora algunas de las causas multifactoriales que provocan maltrato a los niños.

Se ha encontrado que uno de los factores de alto riesgo en el maltrato al niño tiene relación con problemas socio-económicos. El desempleo y las consecuencias que de él se derivan, así como también la gran cantidad de integrantes en una familia y el hacinamiento a que son expuestos, son factores de suma importancia en el problema del maltrato al niño.

Estos factores se pueden considerar como productores de crisis en donde se conjuga el binomio impotencia-agresividad, a nivel de demanda biológica por parte de los niños, y de la misma manera a nivel de demanda social por parte de los padres.

En un estudio hecho en Oklahoma, se encontró que otros factores que pueden influir en el maltrato al niño son: niños con defectos congénitos, ingestión de drogas o alcohol por parte de los padres, padres mentalmente perturbados o marginados socialmente y las crisis financieras. (25)

Se ha visto también que algunos factores que pueden contribuir a un maltrato potencial en el niño por parte de los padres pueden ser: La presencia de factores estresantes en-

los padres durante el desarrollo del niño, un bajo nivel - de tolerancia a la frustración, un inadecuado control de - impulsos, la incapacidad de los padres para establecer una - adecuada relación empática con los niños, así como también - la incapacidad para proporcionar los cuidados necesarios al niño durante su desarrollo. (26)

Smith y col. han encontrado en estudios recientes un alto porcentaje de los niños maltratados con defectos congénitos. (27)

También Sangrund y cols. reportaron que en un grupo de - niños maltratados, encontraron un alto porcentaje de niños - en los que hubo un retardo funcional a la vez que se identi - ficaba al maltrato al niño. (28)

Los niños no deseados constituyen también un factor de - alto riesgo, ya que son niños que al ser concebidos sin ha - ber sido deseados, sufren de antemano el rechazo y el aban - dono de la familia y que desde el nacimiento se les trata - mal, se les rechaza no procurándoles todas aquellas necesi - dades propias de la etapa infantil y necesarias para el -- buen desarrollo y crecimiento, tanto físico como psicológi - co.

Estos hijos que se tienen, pero que no son deseados, su-

fren una serie de agresiones que van desde el rechazo, que se refleja en el abandono, descuido y regaño por parte de los padres, hasta la agresión física que puede alcanzar -- magnitudes impresionantes.

Algunos autores, han definido la **adopción** como un trauma y como un sinónimo de rechazo; ya que, según estos autores, los niños dados en adopción sufren de trastornos como son -- los rasgos psicopáticos, drogadicción y suicidio; y que también son característicos de los hijos no deseados, aunque -- no rechazados abiertamente por los padres.

Estas afirmaciones se apoyan en resultados obtenidos en un estudio llevado a cabo en Houston; en donde se analizaron 200 casos de niños adoptivos, combinándose aspectos -- teóricos, clínicos y psiquiátricos, obteniendo los resultados anteriormente mencionados. (29)

Por otro lado, tenemos también a aquellas madres solteras que conciben un hijo sin haber llegado al matrimonio, y que aún se encuentran en estrecha relación con la familia, siendo denominadas "hijas de familia", y que por la presión familiar y por los prejuicios sociales, se ven obligadas a -- ocultar su embarazo y posteriormente a tratar de resolver -- el problema de la concepción del recién nacido.

Generalmente la madre soltera tiene la necesidad de trabajar para subsistir, teniendo por lo tanto, que abandonar al niño. Klein y Stern sugirieron que una de las causas que pueden generar patogénesis en el maltrato al niño puede ser una prolongada separación entre la madre y el niño, tanto emocional como física. (30)

Se ha visto además la importancia de la relación afectiva entre la madre y el hijo en el periodo de post-parto; siendo éste periodo de suma importancia para las relaciones futuras del infante.

En un estudio hecho por Lynch, encontró que en el periodo de embarazo pueden surgir factores estresantes para la madre, que pueden ser asociados con el bebé y que posteriormente pueden ser factores de alto riesgo para que se produzca el maltrato al niño, aunado también a la psicopatología que se le atribuye a los padres.

Como puede verse, las causas que generan maltrato al niño son múltiples, las teorías aquí expuestas nos proporcionan datos interesantes que ofrecen potencial para estudios más detallados, que nos ayuden a comprender mejor y mejorar la suerte de los niños.

## CAPITULO V

### ASPECTOS LEGALES Y PEDIATRICOS EN EL SINDROME DEL NIÑO MALTRATADO

#### A) ASPECTOS LEGALES

Las leyes mexicanas acerca del maltrato a los niños, en realidad no proveen de la protección indispensable al menor, ya que de hecho se les vé como una "propiedad privada" de los padres.

En nuestro país, el tratamiento legal al problema del maltrato al niño, cuando llega a denunciarse un caso de éstos a la autoridad, implica el movimiento burocrático de agentes del Ministerio Público, jueces calificadores, agentes policiacos, indefensión económica, familiar, dolor y -- culpabilidad del menor que ocasiona indirectamente el encarcelamiento ó detención de su padre.

De los artículos contenidos en el Código Penal para el Distrito y Territorios Federales, y que se refieren a los niños, su totalidad hace mención únicamente de lo que el padre puede hacer con sus hijos, sin tomar en cuenta los -- derechos que el menor debe tener para su protección.

En el artículo 249 del Código Penal para el Distrito y --

Territorios Federales se establece que no hay mayor responsabilidad del padre ó la madre que golpea a sus hijos en los casos en que las lesiones tardan en sanar menos de 15 días, excepto en los casos de excesiva crueldad o rutinariamente. (31)

A pesar de que este artículo trata de atenuar y justificarse en su parte in-fine, es necesario que se tenga en consideración que la violencia no genera corrección en el ser humano, sino tiende a incrementarla y a dañar muchas veces irreversiblemente la mente del infante, la cual se encuentra en proceso de desarrollo y por tanto de transformación. Además de que existen lesiones severas que pueden llegar a sanar en menos de 15 días.

En la antigüedad las lesiones se calificaban únicamente por la huella externa que dejaban en el cuerpo humano tales como esquimosis, pérdida de miembros, etc. Posteriormente se amplió el concepto a todas aquellas reacciones negativas que se causaran en el ser humano por un agente externo, tales como envenenamiento, contagio, etc., y por último se ha ampliado la definición incluyéndose en ella en la actualidad las alteraciones psíquicas que resultasen de causas externas, físicas ó morales, por lo que es de concluirse que la protección a la persona en nuestro Código vigente es tanto de índole física como psíquica.

El Código Penal de 1871 estableció por primera vez esta definición que en sí ha venido reflejándose en los Códigos posteriores llegando a nuestros días en los mismos términos y que en el artículo 288 del Código Penal para el Distrito Federal aparece de la siguiente manera:

Bajo el nombre de lesión se comprende no solamente las heridas, escoriaciones, contusiones, fracturas, dislocaciones, quemaduras, sino toda alteración en la salud y a cualquier otra daño que deje huella material en el cuerpo humano, si estos efectos son producidos por una causa externa.

Como se vé, este artículo define las alteraciones de la salud en tanto que dejen huella material en el cuerpo humano, restringiendo las lesiones solamente al aspecto físico, y sin tomar en consideración las alteraciones psíquicas que se puedan producir debido al maltrato continuo que pueda sufrir un menor.

Otro de los problemas que surgen en ésta área, es la frecuencia con que los padres mienten cuando presentan a su hijo ante un médico para que lo cure de las lesiones inferidas, aduciendo que se cayó, que lo tiraron, que se le vino encima un objeto pesado, etc., pero cuando son sorprendidos en su dicho, de inmediato quieren retirar al niño de la presencia del médico y desaparecer sin dejar constancia de-

su domicilio ó nombre, por lo que el menor vuelve a quedar-desamparado y en riesgo de que el maltrato que se le infrin-ja aumente causándole, en ocasiones, daños severos e irre-versibles.

Es en estos casos en los que no existe ninguna Ley que -proteja al médico, para que en caso de que haya sospecha --suficiente de que un menor ha sido maltratado y que es pre-sentado ante un médico ó institución hospitalaria, no pueda ser retirado voluntariamente por los padres, hasta en tanto no se realicen los estudios previos que permitan garantizar al menor su tranquilidad física y emocional, ya los padres-un conocimiento mayor del comportamiento de sus hijos, a -fin de evitar que la próxima vez que lo presenten por lesio-nes, éstas ameriten privar al padre agresor de su libertad-y el caos económico familiar.

En nuestro país, no es común que surjan denuncias legales por el problema del maltrato al niño; pero en caso de exis-tir éstas, comienza un proceso lento y burocrático que trae como consecuencia la detención del padre golpeador, siendo-en ocasiones en forma violenta, ahondando así la rivalidad-entre agresor y agredido. Esto conduce a que se apliquen -las sanciones correspondientes al padre agresor por parte -del Ministerio Público, y ya sea que se le encarcele, ó --bien se le aplique una pena menor que le permita volver por

teriormente al hogar.

Lo primero causaría un desajuste económico ó familiar, que se reflejaría en una probable crisis financiera ó problemas intrafamiliares en donde el niño que ha sido maltratado sería señalado como culpable de lo que esta pasando, y posiblemente fuera de nueva cuenta agredido, ó bien causarle sentimientos de culpa que le puedan producir trastornos emocionales futuros.

La segunda alternativa, permitiría que el padre agresor al regresar al hogar, pueda seguir maltratando a su hijo, - hasta causarle daños mayores que puedan ser irreparables, e con lo cual se estaría generando un círculo vicioso que nos conduciría a la protección del niño maltratado, ni de la familia de éste.

El punto principal, creemos que sería el de orientar y ayudar en este tipo de casos, reconstruyéndo la familia por canales de terapia y acercamiento, y sólo como último recurso privar al padre de su libertad.

En algunos países se han creado grupos de rescate, compuestos por personal médico y policiaco, que previamente han sido entrenados y concientizados respecto a éste problema; y los cuales tienen la finalidad de ofrecer ayuda al padre-agresor y al niño maltratado, enviando a éste a hospitaliza

ción si lo amerita, ó dándole la atención necesaria para su recuperación; mientras que al padre agresor se le ayuda sin enviarlo directamente al Ministerio Público, permitiendo -- que haya un relajamiento de la tensión familiar y por ende una mayor comprensión del problema mediante la orientación que se le proporcione, haciendo que haya disponibilidad del padre para tratamientos psicológicos posteriores, que le ayuden a disminuir sus crisis, y que permitan alcanzar varias finalidades como son:

- 1) Que el padre agresor comprenda las reacciones del menor, y las relaciones familiares sean cada día menos tirantes debido al tratamiento psicológico ofrecido.
- 2) Que el padre agresor llegue a la conclusión que su hijo no es un objeto al que deba tratar como tal.
- 3) Que el menor no es parte de su propiedad particular, sino un ser humano diferente, quien tiene todo el derecho de obtener felicidad y de que se le explique el porqué de la adecuación de su conducta.
- 4) Que existe una razón del comportamiento de los hijos, que casi siempre es el reflejo directo del comportamiento de los padres.

Estos grupos de rescate han venido funcionando en otros países, y los resultados obtenidos han sido positivos en cuanto a la ayuda otorgada en éste problema.

En esta área, sólo señalamos algunos aspectos relevantes que se presentan ante el problema de un niño maltratado, pero es importante señalar, que ninguna de las 60 leyes aproximadamente que rigen a la fecha el status al menor, incluyendo la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, hablan sobre los derechos y obligaciones de los menores, y en específico, de los niños maltratados.

## B) ASPECTOS PEDIATRICOS

En nuestro país carecemos de información adecuada en todos los aspectos médicos del Síndrome del Niño Maltratado. La literatura médica en nuestro medio es escasa; esto no significa que no se presente este fenómeno ó sea irrelevante, pues sucede todo lo contrario, ya que es fácilmente comprobable la abundancia de estos casos a través de las notas periodísticas. Resulta importante advertir que en los departamentos de archivos clínicos de la mayoría de los hospitales no figura bien clasificado tal diagnóstico, por lo que tampoco existen estadísticas de esta problemática.

Cabe considerar aquí, que la falta de apreciación del síndrome es la resultante de la falta de concientización del diagnóstico diferencial, aunado a la sobrepoblación de pacientes que podemos observar en las salas de emergencia de cualquier hospital infantil, y que ha conducido a un en-

foque netamente organicoista.

Al arribar un pequeño a la sala de emergencia, en la que el residente tiene que atender un elevado número de pacientes en un lapso de 6 a 8 horas, la labor fundamental del médico en estos casos, es el afrontamiento inmediato de las lesiones y mandar al niño prematuramente a casa, éste fenómeno es el que se considera una de las bases fundamentales en el aumento de mortalidad de estos pequeños; ya que, este mismo paciente al arribar por segunda ocasión a la institución llega en condiciones lamentables, y en ocasiones, hecho un cadáver, generándose así un círculo vicioso entre conocimiento y diagnóstico.

Esto es lo que muchos especialistas han denominado el -- Quintero de la Muerte del Síndrome del Niño Maltratado, (32) y que se refiere a estos 5 puntos:

- 1) Falta de literatura médica.
- 2) Concientización en cuanto al diagnóstico diferencial.
- 3) Sobre población de pacientes.
- 4) Enviar al niño prematuramente a casa.
- 5) Cadáver.

Anteriormente, los datos clínicos de un niño maltratado se referían al maltrato físico, generalmente traumatismos;-

ahora, además de la importancia de las radiografías para establecer un diagnóstico, también se toma en cuenta la conducta psicológica que presenta el niño, ya que el maltrato ó abandono afecta también el desarrollo y la salud del infante.

Para establecer el diagnóstico del Síndrome del Niño Maltratado se presentan una serie de dificultades, ya que cuando el niño es llevado a consulta, los padres ó las personas que lo llevan al hospital, y que generalmente son los agresores, tienden a distorsionar, inventar y ocultar los hechos; por lo que se tiende a entrevistar a los padres por separado, encontrándose como caen continuamente en contradicciones de la manera en que se produjo la lesión.

Un aspecto significativo es el notorio retardo con que llevan al niño a consulta después del "accidente", existiendo estudios que comprueban que los padres agresores presentan a consulta a su hijo hasta las 24 ó 48 horas después de la agresión, y otro tanto lo hace entre los 3 y 6 días siguientes, obviamente las condiciones en que se llega a los hospitales, en la gran mayoría de los casos, es en un estado de salud lamentable ó moribundos.

Es importante señalar lo que menciona Martin respecto a puntos relevantes en relación al diagnóstico, y que nos proporciona una orientación sobre éste síndrome.

Martin señala los siguientes puntos: (33)

- 1) Niños con falta de higiene personal.
- 2) Falta de atención médica adecuada.
- 3) Deterioro en su desarrollo psicomotor.
- 4) Desnutrición.
- 5) En algunas ocasiones, lesiones neurológicas son algunas pautas para formarse un criterio en relación a -- este fenómeno.

Otro hecho importante en relación a este síndrome, es la conducta presentada por los niños al llegar al hospital y - que se manifiesta en temor al personal médico por creer que van a ser agredidos, se les vé apáticos e indiferentes, sin buscar la protección de los padres. Sin embargo se ha visto un fenómeno curioso, y es que después de 2 ó 3 días de hospitalizar al menor, éste siente apoyo por parte del personal médico y paramédico, y no desea volver más a su hogar.

Lo expuesto anteriormente, se basa en la experiencia obtenida por diversos médicos internistas y pediátras que se han avocado al estudio de este tema.

Como ya se ha visto debido a la problemática de esta entidad, no existe una estadística, representativa en nuestro medio que nos permita evaluar correctamente este síndrome, - pero es muy probable que en los centros hospitalarios, con-

sultorios y clínicas del país se presenten diariamente casos de maltrato al niño que al no identificarse puede traer con secuencias lamentables.

Por lo que se hace énfasis en señalar que la labor del mé dico familiar ó el pediatra tienen una gran responsabilidad, para con el niño y la familia.

## CAPITULO VI

### CARACTERISTICAS DE LA MADRE GOLPEADORA Y

#### ALGUNOS ASPECTOS PSICOLOGICOS EN EL NIÑO MALTRATADO

Las agresiones que puede sufrir un niño por parte de sus padres, son por lo regular numerosas y variadas, manifestán dose de distinta manera; puede ser activa ó pasiva, expresada física ó psicológicamente.

Diversos autores han señalado que los padres golpeado--res con frecuencia están bajo un stress crónico, en donde a menudo se presenta el incidente del maltrato a sus hijos.

Martin señala que los padres golpeadores fundan expectativas irreales, esperando que sus hijos respondan a ellas, y al no ser cumplidas crean frustración en los padres y desencadenan el maltrato a los hijos. (34 )

Por otra parte, Steele afirma que; los padres golpeado--res están convencidos del castigo severo como una medida de corrección del comportamiento desde temprana edad, siendo esta una forma de identificación con sus propios padres, --ya que ellos también fueron maltratados durante sus prime--ros años, por lo cual han crecido sin la suficiente autoes--tima y tratando de obtener aprobación y aceptación; y que -

cuando atraviesan por un periodo de crisis, no encuentran - apoyo ni ayuda de los demás por lo que se dirige a su conyu- ge que generalmente es igual de vacío, y que por lo tanto - no puede ayudarle, trata entonces de percibir a su hijo co- mo una forma de cubrir sus propias necesidades, sin encón- trar respuesta a ellas por parte del infante por lo que es considerado como un mal hijo y por lo tanto debe ser castiga- do. Este proceso, es transmitido así de generación en gene- ración. (35)

El mismo Steele (36), ha dado una lista con característi- cas que ha observado en diversos estudios, y que puede te- ner una madre golpearora, estas características son:

- 1) Inmadurez y dependencia
- 2) Pobre autoestima
- 3) Dificultad para la búsqueda de satisfacciones
- 4) Cree en el valor del castigo como método correctivo
- 5) Incapacidad para empatizar y responder a las necesida- des del niño.

Existen evidencias, aunque limitadas, en donde los facto- res somáticos llevan a las madres a agredir a sus hijos; - ya sea por los efectos del alcohol, uso de drogas ó trans- tornos cerebrales y hormonales.

Los efectos de la ingestión de drogas y alcohol se cono-

cen desde hace tiempo.

Tanto la intoxicación aguda como el síndrome de drogas ó alcohol pueden producir agresividad, generalmente asociada con un mayor ó menor grado de confusión mental. (37) También hay pruebas del efecto paradójico de las benzodiazepinas, que pueden inducir conductas agresivas, sobre todo en aquellos adultos con historia previa de impulsividad y tendencias destructivas. (38)

La Dra. Lynch y sus colegas han señalado la importancia de las drogas por la manera como afectan al control de la persona, ya que contribuyen a que se cree una unión emocional defectuosa entre la madre y el niño, lo que en ocasiones puede llevar al uso de la violencia. (39)

En algunos estudios británicos, aparecen comentarios acerca de la importancia que tienen los cambios hormonales de las madres en relación con los infanticidios. (40).

En esos estudios se consideraba a la lactancia como un peso psicológico y fisiológico que influía sobre la madre y que podía desatar la violencia. Un gran número de madres que mataba a sus hijos tenía la llamada "psicosis de agotamiento", reminiscente de estados psicóticos orgánicos. Pero fué difícil discernir si los cambios psicológicos se debían a cambios puramente hormonales ó a cambios somáticos generales.

En una descripción más reciente, de las madres que han matado a sus hijos, se observó que los ataques ocurrieron durante la menstruación con doble frecuencia que durante el resto del ciclo menstrual. (41)

Se sabe que durante los periodos menstruales y premenstruales, las mujeres están especialmente vulnerables. Durante estos días, son más agresivas y tienen más trastornos psiquiátricos. (42)

Varios estudios han sugerido que los padres que maltratan a sus hijos lo hacen porque ellos mismos han padecido en su infancia castigos físicos, críticas y rechazo. En los estudios que se han llevado a cabo acerca de las madres que han matado a sus hijos, se ha comprobado que un alto porcentaje de ellas proceden de familias que abusaban del castigo. (43)

En resultados de pruebas de hostilidad a padres que habían maltratado a sus hijos, se observó que tenían una puntuación más alta que los controles, respecto a la crítica de sí mismos, hostilidad, culpabilidad, sentimientos paranoides y críticas hacia otros. (44)

Existen algunos estudios en los que se considera los factores sociales como factores importantes para que se dé el maltrato al niño. Aunque en dichos estudios se ha encontrado que es común que los padres que maltratan a sus niños son de un nivel socioeconómico bajo, los resultados no son -

concluyentes, ya que se ha encontrado en otros estudios resultados diferentes que contradicen esta hipótesis..

Se ha afirmado que es común la baja condición social de la madre golpeadora; que tiende a ser de inteligencia limitada, jóvenes y de clase socioeconómica baja, solteras, que viven con hombres que no son los padres de los niños y que carecen de contacto social con parientes y amigos. Son frecuentes la falta de armonía y la separación del matrimonio, así como el desempleo de los padres. (45)

A pesar de estas afirmaciones, se ha encontrado que la condición socioeconómica por sí sola no nos puede explicar la existencia del abuso hacia los niños.

En un estudio británico se investigó 33 familias de clase social baja, que no habían maltratado a sus hijos. (46) Al comparar estas familias con aquellas que maltrataban a los niños, se observó que las familias que no usaban la violencia eran más pobres, los padres eran mayores y eran menos frecuentes los trastornos de personalidad entre ellos. En todos los casos, los padres vivían juntos cuando el estudio se llevó a cabo, no eran emigrantes y las familias tendían a acudir a las agencias sociales en busca de ayuda. Esto sugiere que la edad y los factores de la personalidad, tales como la capacidad para confiar en otros en momentos de necesidad, son más importantes que los aspectos sociales tales-

como la pobreza y el desempleo, para evitar la agresión a los niños.

En resumen, probablemente los sentimientos de culpabilidad, la identificación con el niño, el desplazamiento de la agresión y los trastornos mentales, sean la razón de que muchas madres maltraten a sus hijos, pero es necesario realizar estudios para confirmar estos hallazgos.

Uno de los problemas más importantes, en donde se obtienen peores resultados, no se dá como consecuencia del maltrato físico, sino del maltrato psicológico en donde la problemática se centra en la falta de conciencia empática hacia las necesidades del niño, y que tienen un valor significativo y muy importante para su desarrollo futuro.

Si el desarrollo emocional se vé detenido en la infancia debido a la ausencia de objetos amorosos, por el rompimiento de lazos emocionales ó por razones innatas, las tendencias agresivas no quedan suficientemente neutralizadas y el niño podrá ser excesivamente ó patológicamente agresivo. (47)

El niño que ha sido golpeado, crece en un mundo de apatía, desgano y desconfianza, sintiéndose rechazado sin ninguna motivación y con un empobrecimiento de los estímulos del medio ambiente que alteran su desarrollo y entorpece la adquisición de las funciones perceptuales y cognoscitivas.

En estudios realizados por Morse y Friedman, se encontró un alto porcentaje de niños con defectos perceptuales y conceptuales como consecuencia de daño cerebral existente y provocado por golpes sufridos durante el período de lactancia y en plena función de desarrollo del Sistema Nervioso Central. Estos trastornos, no sólo se manifiestan en problemas de aprendizaje, sino también en las conceptualizaciones que el niño tenga de sí mismo y de las personas que le rodean. (48)

Los niños que son golpeados crecen con un concepto pobre de sí mismos, ya que se consideran que no son aceptados, -- que son malos y que no se les quiere mereciendo lo que están recibiendo; esto, genera una actitud ante la sociedad de desconfianza y hostilidad, además de una carencia de poder establecer relaciones interpersonales. De aquí se desprende la frase tantas veces repetida de que "un padre golpeador, generalmente es hijo a su vez de un padre golpeador".

En un estudio hecho por Martin encontró que los niños -- que no presentaban lesiones severas y su examen neurológico no presentaba ninguna significancia patológica, se veían afectados en el aprendizaje y la inteligencia. En este grupo de niños en los que no había evidencia de lesión traumática ó del sistema nervioso se encontró que existía desorganización dentro de la familia, además de una estructura caó

tica en la misma. (49)

Los factores aquí expuestos, están asociados con el maltrato hacia los niños, y podría por tanto suponerse que estos niños maltratados están en probable riesgo de abusar - también de los hijos que posteriormente tengan, por lo que es necesario que estemos en condiciones de detectar estos - casos y poder prestar la ayuda necesaria a estos niños y a sus padres, para así romper el eslabón que une a la cadena - y crear lazos afectivos que ayuden a un mejor funcionamiento dentro de la familia.

## C A P I T U L O VII

### MATERIAL Y METODOS

La finalidad de este estudio, es la de identificar en un estudio piloto el perfil de personalidad de la madre golpeadora, estableciendo los rasgos específicos de psicopatología.

Para indicar los posibles rasgos de psicopatología en la madre golpeadora, se tomó en consideración la elevación de la escala cuatro, y la baja puntuación en la escala cero, así como también el perfil obtenido en forma grupal.

Para ser consideradas madres golpeadoras, se tomó en consideración varios parámetros:

- 1) Aspecto de maltrato físico frecuente que el niño presentara (golpes y contusiones en partes visibles del cuerpo).
- 2) La conducta del niño, que por lo regular era de retraimiento y de temor hacia el adulto.
- 3) Actitud de abandono de parte de la madre para con el niño en el aspecto escolar. Aquí se tomó en consideración reportes y entrevistas a los maestros de los niños detectados.

Para llevar a cabo este estudio se tomó una muestra determinística no aleatoria, de 80 madres de niños que acuden a una escuela primaria, que maltrataran físicamente y en forma

rutinaria y severa a sus hijos.

El nivel socioeconómico de la población elegida era bajo y las edades oscilaban entre los 26 y los 46 años, mientras que en el área escolar existía un nivel medio de primaria, - siendo el más bajo el 5<sup>o</sup> año y el más alto estudios de secun daria terminados ó equivalentes.

Se utilizó el M.M.P.I. en su forma corta y mediante tarje tas que permitieran computalizar los resultados.

La aplicación del M.M.P.I. se realizó en una de las aulas de la escuela, se hizo en forma colectiva y dividiendo la po blación total en dos grupos de 40 sujetos cada uno. Se utili zó en la mayoría de los casos sólo una sesión para la aplica ción, y sólo en un porcentaje bajo se utilizaron dos sesio-- nes. El tiempo promedio de cada sesión fluctuó entre hora y media y dos horas.

En cada sesión estuvieron presentes dos psicólogos, uno - se encargaba de repartir material y dar las instrucciones, - mientras que el otro aclaraba las dudas que surgieran.

Les fueron repartidas hojas y lápices especiales con el - fin de ser calificados por medio de una computadora.

Durante la aplicación se cuidó que los sujetos no se comu nicaran entre sí.

En la aplicación fue notoria la falta de cooperación de algunas madres, siendo necesario presionarlas un poco para que contestaran la prueba.

Una vez obtenidas las pruebas, se tendió a procesarlas mediante una computadora. Posteriormente se obtuvieron los resultados correspondientes al Perfil Minnesota según Hathaway y McKinley, tomando el puntaje medio del grupo en cada una de las escalas.

Se realizó en seguida un modelo estadístico descriptivo, en donde se tomaron las escalas clínicas del M.M.P.I. como indicadores clínicos.

Para realizar el análisis de cada una de las escalas del M.M.P.I. se establecieron 4 grupos siguiendo el sistema de codificación de Hathaway.

Se realizó la normalización estadística de acuerdo a las Medias y Desviaciones Stándar obtenidas en cada una de las escalas de nuestra población, continuando después a su clasificación de acuerdo a la conversión en puntuaciones T.

Este intento de clasificación está fundamentado en un proceso previo de normalización en base a las medias y desviaciones stándar del propio grupo, ya que se encontraron marcadas diferencias en la distribución del grupo. (Ofelia Rivera y Cols. Méx. 1976).

El manejo de la prueba fue totalmente apegado a los lineamientos que plantea su manual, incluyendo los criterios de interpretación. (Núñez, 1968).

Los 4 grupos formados tenían las siguientes características:

GRUPO 1.- Puntajes T entre ( 80-90 ) ó más.

GRUPO 2.- Puntajes T entre ( 70-80 )

GRUPO 3.- Puntajes T entre ( 60-70 )

GRUPO 4.- Puntajes T entre ( 45-60 )

Donde el grupo I nos representaba los rasgos de personalidad más alterados.

El grupo 2 nos habla de rasgos bastante elevados, pero sin llegar a ser tan patológicos como los de un puntaje T 90.

El grupo 3 nos indica una cierta elevación, no tan marcada pero sí con características patológicas.

El grupo 4 corresponde al límite más próximo con la normalidad estadística.

Se obtuvieron las conclusiones correspondientes a cada escala, mediante el análisis cualitativo desde un punto de vista clínico, y la interpretación de los 4 diferentes grupos, obteniéndose así rasgos de personalidad de la madre golpeadora.

## C A P I T U L O VIII

### RESULTADOS

El perfil obtenido, de acuerdo a la media del grupo nos muestra que sólo la escala 8 tuvo una cierta elevación arriba de T 70, las escalas 2 y 6 quedaron en los límites de -- T 70 y las demás escalas clínicas se mantuvieron entre los puntajes T 55 y T 65. En las escalas de validez el puntaje más alto fue el de la escala F, siendo superior a T 70, en tanto que las escalas L y K se encontraron dentro de T 50 y T 55.

La clave para este perfil fue la siguiente:

8'62140379 (59)<sup>0</sup> ; 6:13:13

En los grupos estudiados por Hathaway y Meehle, encontraron que los integrantes del grupo con este perfil, generalmente presentan poca confianza en sí mismos ya que de niños no tuvieron una autoestimación adecuada. Vienen de hogares en que los padres se han separado ó divorciado. Son demasiado dependientes y es frecuente que no terminen la educación secundaria, tendiendo a aprender oficios.

Se aplicó el índice de Gough para medir la distorsión de la prueba.

El resultado fue el siguiente:

F - K        Índice DeGough  
13 - 13      0

De acuerdo al resultado obtenido, el protocolo se considera aceptable.

Asimismo, se realizó la distribución por edades, en frecuencia y porcentaje:

EDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
26 - 30	17	21.3
31 - 35	22	27.5
36 - 40	25	31.2
41 - 46	16	20
TOTALES	80	100

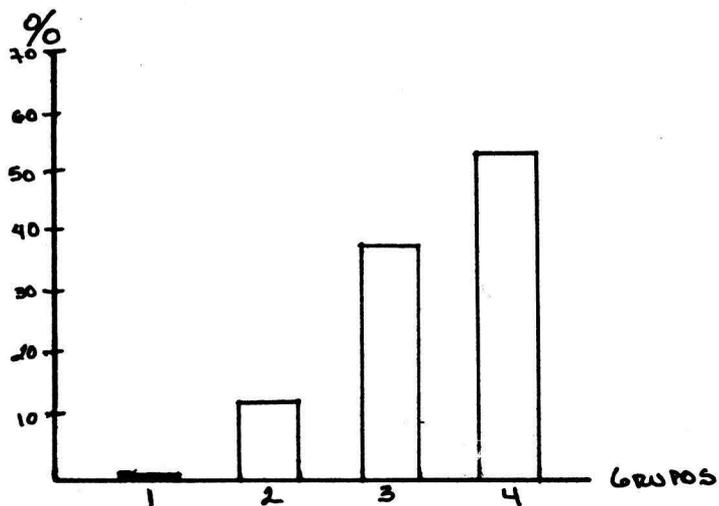
Al establecer la distribución por edades, no se encontraron diferencias significativas en los grupos, ya que hubo una distribución equitativa, con un ligero incremento en las madres que fluctuaban entre los 31 y 40 años.

El resultado del análisis clínico de cada una de las escalas en los 4 grupos establecidos fue el siguiente:

# ESCALA L

GRUPO	NUM. DE CASOS	FORCENTAJE
1	0	0
2	9	11.2
3	30	37.5
4	41	51.2

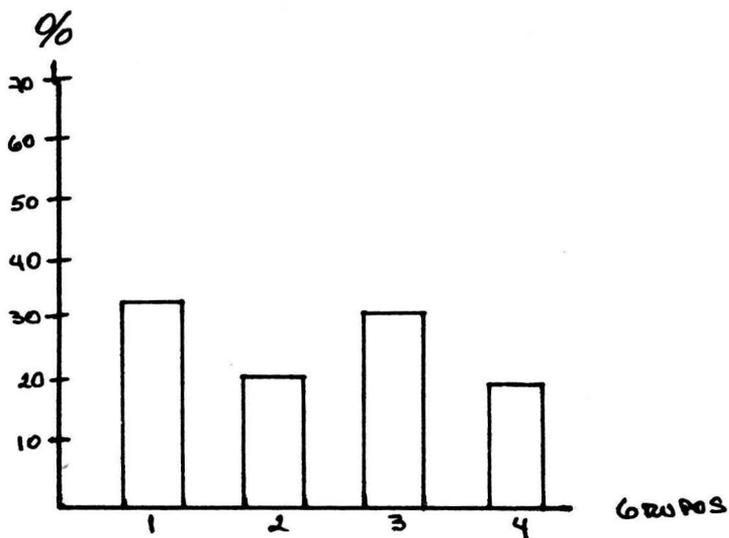
Gráfica de Distribución de Porcentaje de Frecuencias de la Escala L.



# ESCALA F

GRUPO	NUM. DE CASOS	PORCENTAJE
1	25	31.2
2	16	20
3	24	30
4	15	18.7

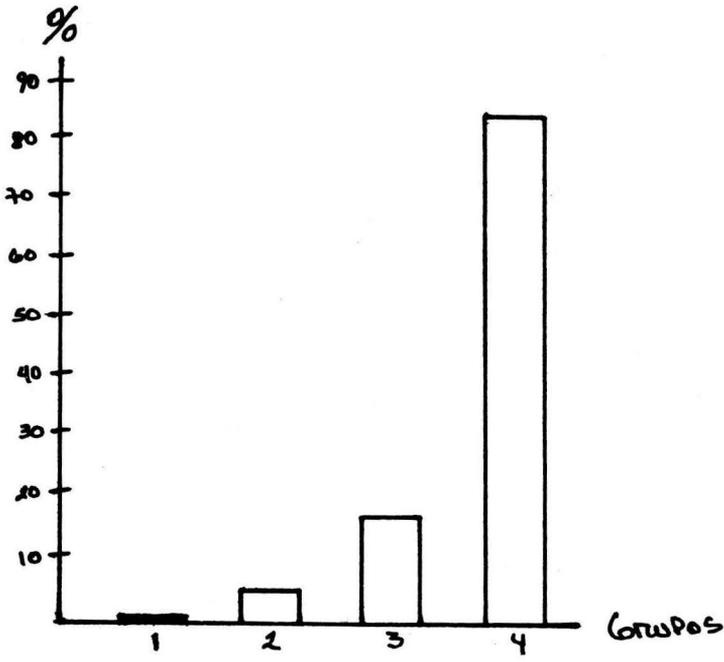
Gráfica de Distribución de Porcentaje de Frecuencias de la Escala F.



ESCALA K

GRUPO	NUM. DE CASOS	PORCENTAJE
1	0	0
2	2	2.5
3	12	15
4	66	82.5

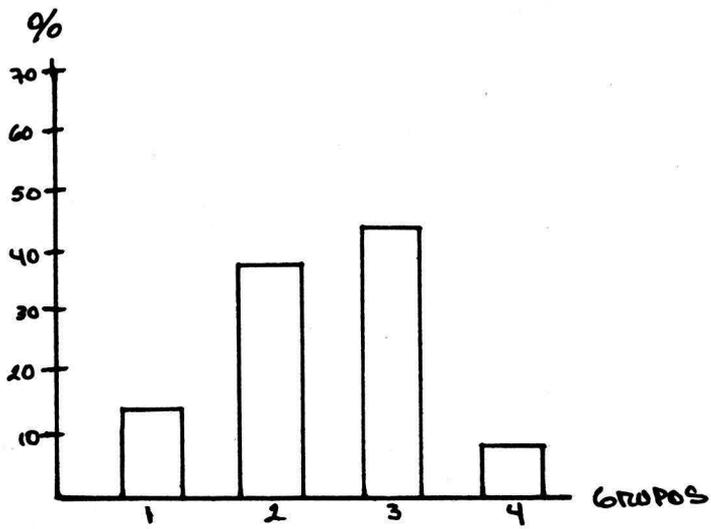
Gráfica de Distribución de Porcentaje de Frecuencias de la Escala K.



ESCALA I (Hipocondriasis)

GRUPO	NUM. DE CASOS	PORCENTAJE
1	10	12.5
2	30	37.5
3	34	42.5
4	6	7.5

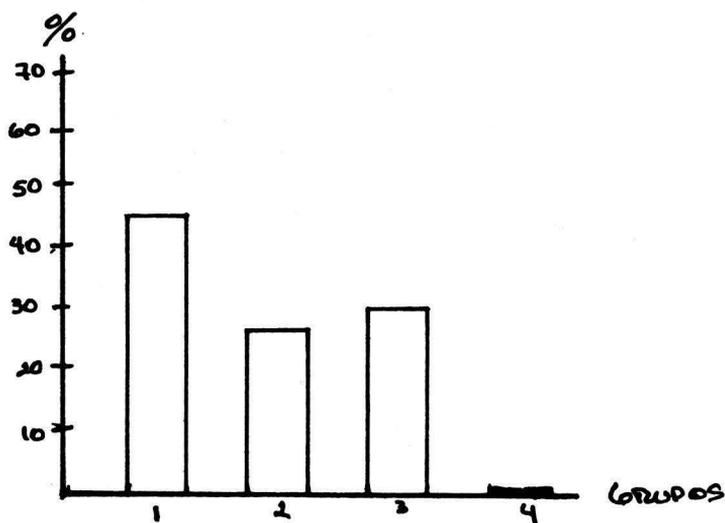
Gráfica de Distribución de Porcentaje de Frecuencias de la Escala I.



ESCALA 2 (Depresión)

GRUPO	NUM. DE CASOS	PORCENTAJE
1	37	46
2	20	25
3	23	29
4	0	0

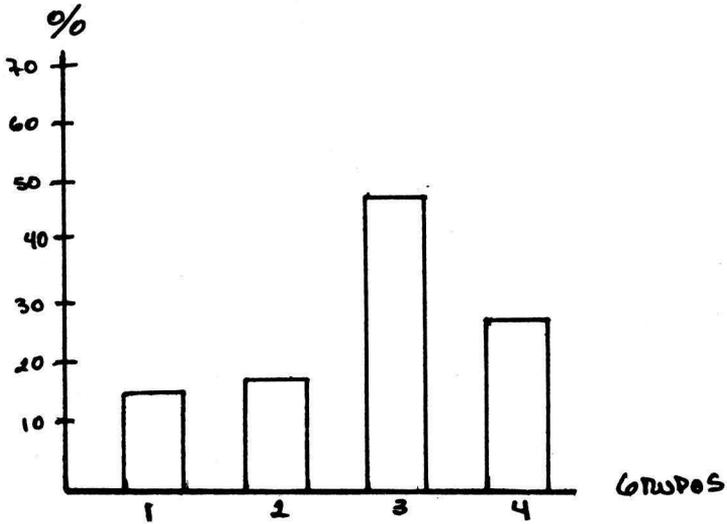
Gráfica de Distribución de Porcentaje de Frecuencias de la Escala 2.



ESCALA 3 (Histeria)

GRUPO	NUM. DE CASOS	PORCENTAJE
1	11	13.7
2	12	15
3	36	45
4	21	26.3

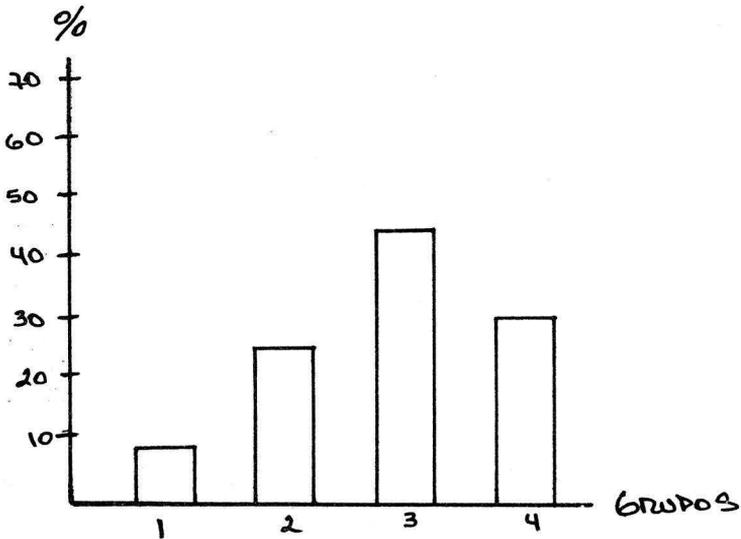
Gráfica de Distribución de Porcentaje de Frecuencias de la Escala 3.



ESCALA 4 (Desviación Psicopática)

GRUPO	NUM. DE CASOS	PORCENTAJE
1	6	7.5
2	18	22.5
3	33	41.2
4	23	28.7

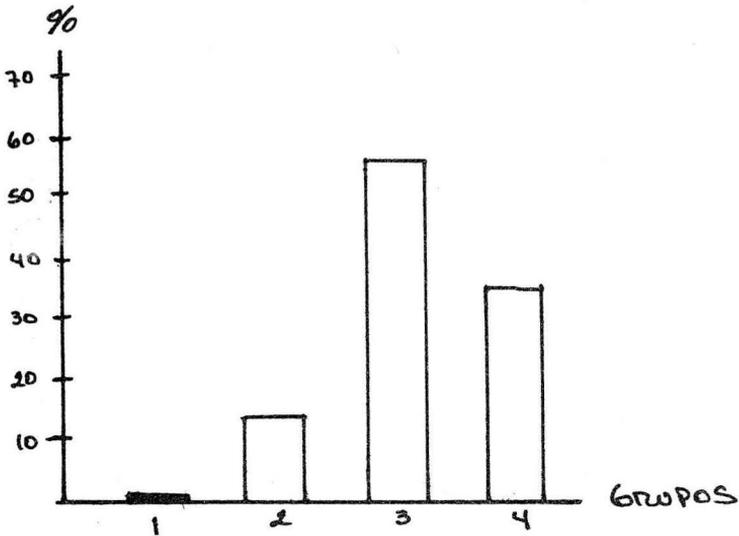
Gráfica de Distribución de Porcentaje de Frecuencias de la Escala 4.



ESCALA 5 (Masculino- Femenino)

GRUPO	NUM. DE CASOS	PORCENTAJE
1	0	0
2	9	11.2
3	44	55
4	27	33.8

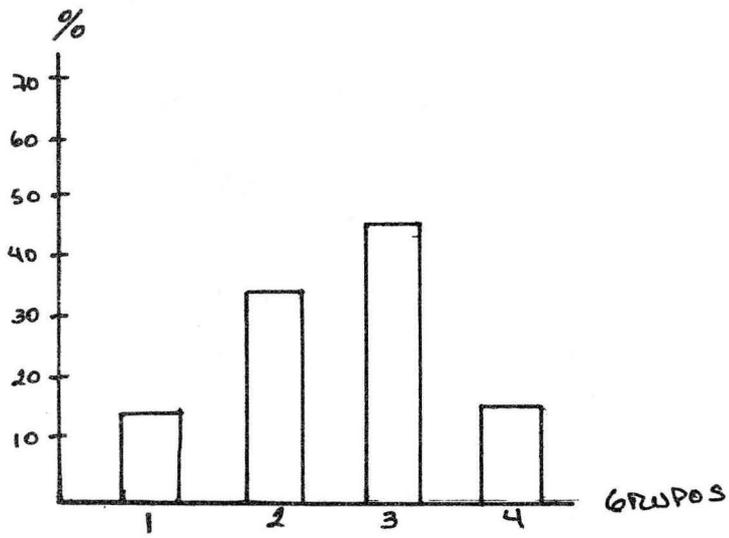
Gráfica de Distribución de Porcentaje de Frecuencias de la Escala 5.



ESCALA 6 (Paranoia)

GRUPO	NUM. DE CASOS	PORCENTAJE
1	9	11.2
2	25	31.2
3	35	43.7
4	11	13.7

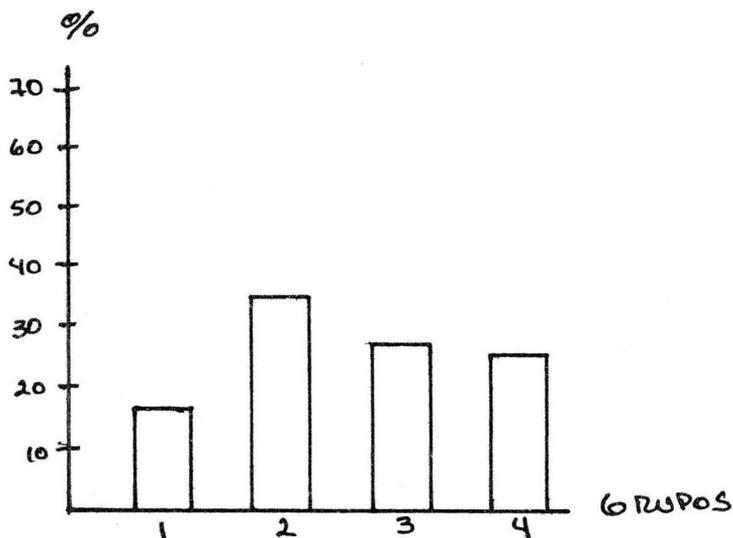
Gráfica de Distribución de Porcentaje de Frecuencias de la Escala 6.



ESCALA 7 (Psicastenia)

GRUPO	NUM. DE CASOS	PORCENTAJE
1	13	16.2
2	26	32.5
3	21	26.2
4	20	25

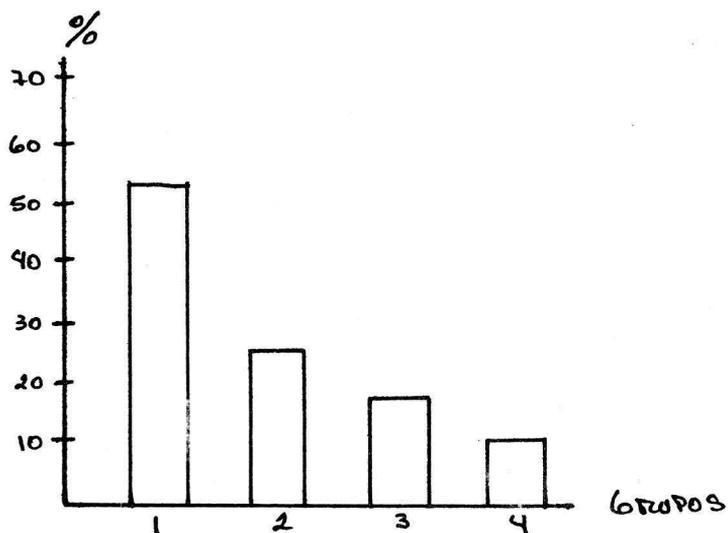
Gráfica de Distribución de Porcentaje de Frecuencias de la Escala 7.



ESCALA 8 (Esquizofrenia)

GRUPO	NUM. DE CASOS	PORCENTAJE
1	42	52.5
2	18	22.5
3	13	16.2
4	7	8.7

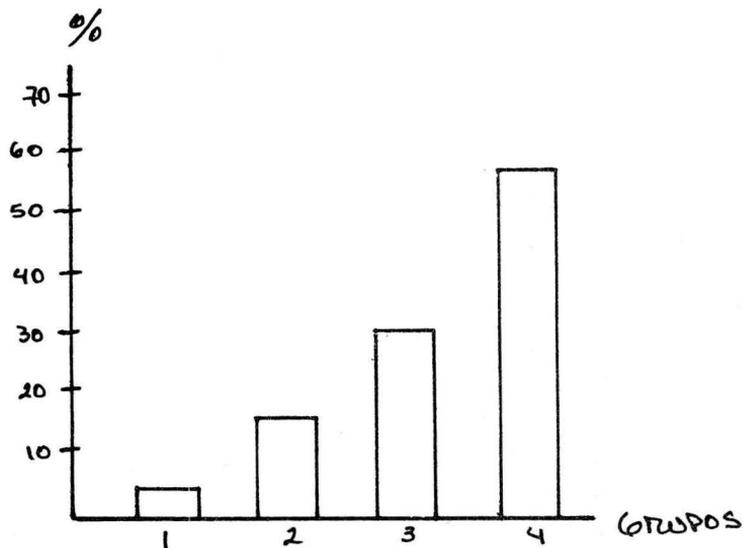
Gráfica de Distribución de Porcentaje de Frecuencias de la Escala 8.



ESCALA 9 (Manía)

GRUPO	NUM. DE CASOS	PORCENTAJE
1	2	2.5
2	9	11.2
3	24	30
4	45	56.2

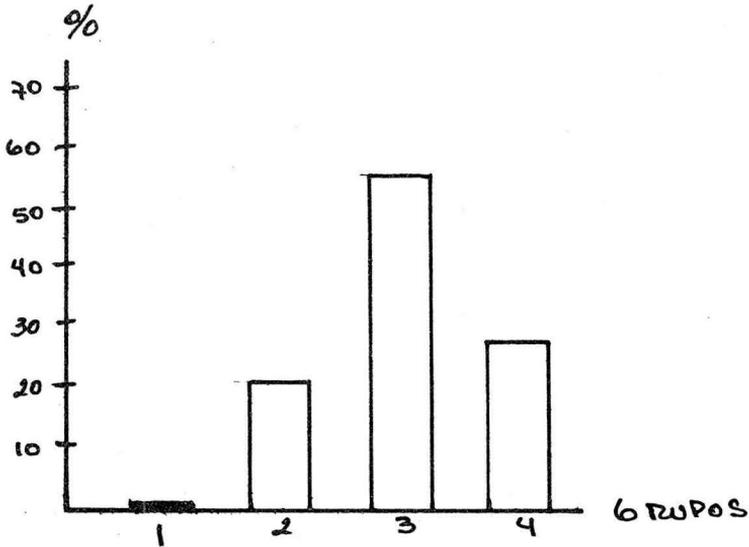
Gráfica de Distribución de Porcentaje de Frecuencias de la Escala 9.



ESCALA 0 (Socialización)

GRUPO	NUM. DE CASOS	PORCENTAJE
1	0	0
2	16	20
3	44	55
4	20	25

Gráfica de Distribución de Porcentajes de Frecuencias de la Escala 0.



PERFIL Y SUMARIO

MMPI  
2-4

INVENTARIO MULTIFASICO DE LA  
PERSONALIDAD, MMPI - Español

Starke R. Hathaway y J. Charnley McKinley

F  
Femenino

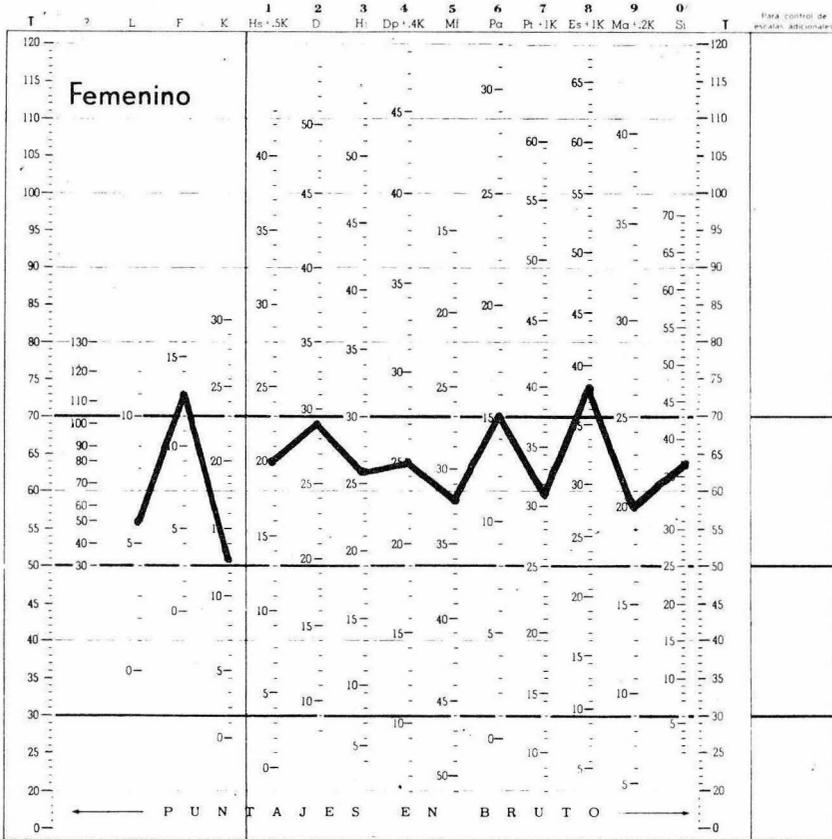
Nombre \_\_\_\_\_ (letra de molde)

Dirección \_\_\_\_\_

Ocupación \_\_\_\_\_ Fecha de la Prueba \_\_\_\_\_

Años escolares o estudios cumplidos \_\_\_\_\_

Estado Civil \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ Referido por \_\_\_\_\_



Fracciones K

K	.5	.4	.2
30	15	12	6
29	15	12	6
28	14	11	6
27	14	11	5
26	13	10	5
25	13	10	5
24	12	10	5
23	12	9	5
22	11	9	4
21	11	8	4
20	10	8	4
19	10	8	4
18	9	7	4
17	9	7	3
16	8	6	3
15	8	6	3
14	7	6	3
13	7	5	3
12	6	5	2
11	6	4	2
10	5	4	2
9	5	4	2
8	4	3	2
7	4	3	1
6	3	2	1
5	3	2	1
4	2	2	1
3	2	2	1
2	1	1	0
1	1	1	0

NOTAS

8' 62 140 379 (59) 6:13:13

66

Puntaje en bruto \_\_\_\_\_  
 Agregar factor K \_\_\_\_\_  
 Puntaje corregido \_\_\_\_\_



Firma \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

Dentro de la distribución de los grupos, se tomó como significativo el 50% ó más de los casos que cayeran dentro de un determinado grupo.

De acuerdo a esto, las escalas en las que se encontró diferencias fueron las siguientes: L, K, 8, 9 y 0.

En la escala L, se encontró que el 51.2% de los casos tenían puntuaciones T entre 45 y 60, por lo que se encontraban en el grupo 4, en los que se identifica a sujetos que tienden a ofrecer respuestas socialmente aceptadas en relación a valores morales y control de sí mismos.

En la escala K, se observa también el mayor porcentaje en el grupo 4 (puntuaciones T 45 a 60 ), siendo éste del 82.5%.

Este puntaje se encuentra en sujetos que han sido clasificados como desconfiados, inhibidos, superficiales, con mecanismos de defensa inadecuados y un concepto pobre de sí mismos.

Para la escala 8, el porcentaje mayor correspondió al grupo 1 ( puntuaciones T 80 - 90 ) con 52.5%, describiéndose como personas que tienen una serie de dificultades, su comportamiento se observa irritable con resentimientos, que indudablemente sugieren la dificultad que tienen en manejar y expresar su agresión. Son personas impulsivas, hostiles,-

desordenadas con una conducta inmadura.

En la escala 9, el grupo 4 ( puntuaciones T entre 45-60)- fue en donde se encontró el mayor porcentaje siendo este del 56.2% dándonos características de falta de fuerza motivacional en su personalidad.

La escala 0 tuvo en el grupo 3 ( puntuaciones T entre - 60 - 70 ), el mayor porcentaje, siendo del 55%.

Este puntaje indica que las características de la personalidad de este grupo es la competitividad en relación con los demás son activos, oportunistas y manipuladores. También se presentan engañosas, pierden control de sus impulsos, siendo además agresivos y hostiles en sus relaciones interpersonales.

## C A P I T U L O IX

### CONCLUSIONES

La hipótesis de trabajo, en la cual basamos este estudio; "Existen rasgos específicos de Psicopatología en el perfil del M.M.P.I. de la madre golpeadora", no pudo ser corroborada ya que el perfil obtenido nos indica que la mayoría de las escalas se mantuvieron dentro de los límites que se pueden considerar dentro de la norma, viéndose un poco elevada la escala 8, seguida por un leve incremento de las escalas 2 y 6 .

De acuerdo a los resultados obtenidos se tendería a rechazar la hipótesis de trabajo y a aceptar la hipótesis nula: "No existen rasgos específicos de psicopatología en el perfil del M.M.P.I. de la madre golpeadora"

En cuanto a las hipótesis secundarias:

1<sup>a</sup>.- La madre golpeadora presenta una elevación marcada en la escala 4; tampoco pudo corroborarse estadísticamente, ya que los resultados nos indican una puntuación T de 64 lo cual no es significativo.

2<sup>a</sup>.- La madre golpeadora presenta una baja puntuación en la escala 0; esta hipótesis se cumple parcialmente, ya que se encuentra una puntuación relativamente baja, aunque no --

significativa para aceptarse completamente.

En cuanto al análisis descriptivo de cada una de las escalas, los resultados encontrados son poco significativos, considerándose sólo en algunas de las escalas, pero sin permitirnos hacer conclusiones válidas al respecto.

Aunque estadísticamente no se encontró resultados significativos, sería arriesgado el aceptar la hipótesis nula en este estudio, ya que los resultados obtenidos pudieron estar influenciados por variables que no fueron controladas, tomando en cuenta que este es el primer intento de representar el perfil de personalidad de la madre golpeadora en nuestro medio, y que obviamente los estudios respecto a este tema son escasos ó en su caso nulos en nuestro país.

Sería necesario realizar un control de la muestra más estrecho, tomando posiblemente los casos más severos como representativos, siendo éstos los que se presentarían en un hospital de urgencias; ya que la muestra que se tomó para este estudio pudiera considerarse como intermedia, a la vez que considerando el nivel socioeconómico bajo de la población que se estudió, y que, como algunos autores han afirmado, (50) existen diferencias en las técnicas de educación seguidas por las madres de distintas clases socioeconómicas con respecto a sus hijos, aunque respondan igual al preguntárseles directamente.

Los investigadores comprobaron que las madres de clase socioeconómica baja mostraban una mayor inclinación hacia los castigos corporales, y o bien, premiaban inmediatamente la buena conducta de los hijos ó no la premiaban nunca ( Miller y Swanson, 1960 ).

Walters, Conors y Zurich, (51) constataron que las madres de clase baja se preocupaban menos por el contacto, dirección y enseñanza de los hijos. Estas diferencias en el conjunto de estimulación activa y de supervisión del niño, podría tener influencias en la producción de las diferencias de personalidad.

Otros autores han señalado la manera en que la conducta se adapta al medio, teniendo una capacidad para conductas variables, sustitutivas y compensatorias. (52) Bajo condiciones de patología ó stress, por ejemplo, es como si mecanismos homeostáticos especiales proporcionaran una pantalla de humo de adaptabilidad biológica ó psicológica, ó ambas. Estos procesos restaurativos progresivos pueden ser en gran parte los responsables de la alta tasa de respuestas normales.

Asímismo, Jerome Fisher (53), señala en uno de sus artículos que con una puntuación alta en una prueba, se puede estar cabalmente seguro de que el rasgo está presente, pero una puntuación baja no indica necesariamente la ausencia de-

patología, debido a la tasa relativamente alta de positivos-falsos.

Definitivamente, para concluir, sería preciso el avocarnos más al estudio de éste síndrome, para realizar estudios más-objetivos y válidos que nos lleven a resultados precisos que permitan entender y esclarecer este tema, y que la finalidad de lo aquí presentado sea tomado como una fuente teórica en lo que respecta a sus fundamentos bibliográficos, y como una sugerencia de estudios posteriores en lo que se refiere a su parte de investigación.

Debido a las consideraciones que implica el maltrato al niño, se sugiere la creación del Centro Piloto de Atención, - en donde se contemplen diversas áreas como son: 1) El Area - de Asistencia, 2) Seguimiento del Caso, 3) Area de Prevención y 4) Area de Adiestramiento; las cuales tienen como finali--dad el abarcar todos aquellos aspectos que conlleva en este fenómeno, y que pasaremos a explicar en seguida.

#### 1) AREA DE ASISTENCIA

En esta área se contemplaría la recepción y entrevista - psiquiátrica de los agresores del menor, temporalmente simul tánea a la asistencia pediátrica del paciente y una aproxima ción de trabajo social. De esta (s) entrevista (s), se ela--boraría un documento clínico que sirva de base diagnóstica y como filtro de selección de un potencial servicio de inter--consulta (psiquiatría general, psicología, neurología, etc.), previendo una orientación terapéutica determinada.

Los procedimientos terapéutico, trátese de algún tipo de psicoterapia ó plan de acción farmacológico, requerirán de - la preparación suficiente para evitar deserciones tempranas- ó tardías del tratamiento.

El enfoque terapéutico del caso sería visualizado en dos- tiempos:

A) Manejo agudo del caso

B) Manejo a mediano y largo plazo

El primero para resolver la etapa crítica inmediata y subsecuente a la agresión mientras que el segundo estaría orientado a establecer algún tipo de terapéutica, mantenida y regulada durante la etapa pos-crítica.

Aunque la atención al niño es la meta principal, paradójicamente, la intervención terapéutica debe ser enfocada casi exclusivamente hacia los padres. (54)

Es muy importante la intervención terapéutica en los momentos de crisis, ya que los periodos de stress de la vida de un niño maltratado son frecuentes, además de que la crisis en la mayoría de los casos es experimentada también por los padres que al sentirse culpables de haber maltratado a su niño y de no ser capaces de cumplir con las necesidades básicas de éste, entran en un estado de stress y caos que debe ser dirigido a la ayuda terapéutica proporcionada por especialistas. (55)

El tratamiento debe ser enfocada a un punto primariamente de apoyo, en donde los padres comprendan y se interesen en la ayuda que se les proporcionará.

Las primeras sesiones se encaminarían a dar oportunidad a

que los padres descubran otro tipo de relaciones familiares - en las cuales se puedan evaluar, aceptarse e incrementar la autoestima, para que, de ésta manera, puedan proveer de los cuidados y manejos adecuados a sus hijos.

Esto puede crear una considerable ansiedad en los padres, por lo que es importante el apoyo que se reciba de la situación terapéutica.

Es necesario tener en consideración que para que el tratamiento sea efectivo, se debe tomar en cuenta una serie de factores como son la pobre motivación de los padres en recibir ayuda, además de la resistencia que un niño sea tratado en psicoterapia, por lo que el tratamiento tiene que ser más intenso y profundo, para que de esta manera los padres sean capaces de percibir al niño en forma individual con intereses, capacidades y necesidades que deben ser evaluados independientemente de las necesidades de ellos mismos.

En esta área de Asistencia, también se haría necesaria la disponibilidad de un servicio consultor de Paidopsiquiatría, así como también el tipo de pruebas necesarias tanto psicológicas como neurológicas, para la elaboración del plan terapéutico a seguir.

## 2) SEGUIMIENTO DEL CASO

El seguimiento de un paciente, garantizaría la viabilidad del esquema terapéutico. En esta área es importante la cooperación del personal de Trabajo Social, quienes se encargarían de establecer contacto periódicamente con el interesado por medio de comunicación personal ó a través de las vías telefónica ó telegráfica.

Además de que se trataría , que una vez terminado el tratamiento terapéutico, se presentasen los padres y el menor - por lo menos cada dos meses en el Centro durante un año, para así evaluar los resultados obtenidos.

## 3) AREA DE PREVENCIÓN

En esta área se pretendería difundir la problemática del maltrato al niño, para que de esta manera los especialistas - de las diferentes ramas como son: las Médicas, Legales y Sociales, comprendan la importancia de establecer una evaluación de los casos que se presentasen y así estar en posibilidades de elaborar estadísticas de éste problema, así como - también la implantación de planes comunitarios para la detección oportuna de casos.

Es muy importante también la colaboración de asociaciones como son los Padres Anónimos, que es un grupo de autoayuda para personas con problemas de maltrato a sus niños que asisten a sesiones voluntariamente con el fin de encontrar solución a su problema: existiendo también un intercambio de ideas entre los padres que asisten y los profesionales encargados de los grupos.

#### 4) AREA DE ADIESTRAMIENTO

En esta área, será importante el diseño de un banco de información básico para la creación de material audiovisual y bibliográfico que permita estar al corriente de cualquier avance que se desarrolle sobre el tema, además de la impartición de cursos teórico prácticos para creación de áreas Multidisciplinarias avocadas a la solución de esta entidad.

La conjugación de las áreas ya mencionadas y la asistencia que cada una de ellas deba prestar es de suma importancia para la solución de la problemática presentada, ya que el Maltrato al Niño como ya se ha dicho, implica consideraciones de tipo Legal, Pediátrica, y Social donde la labor coordinada del grupo multidisciplinario nos llevaría a plantear nuevas y mejores alternativas en un futuro cercano.

## BIBLIOGRAFIA

1. KEMPE, H., "Primer Simposio Nacional sobre el Síndrome del Niño Maltratado", México, D.F., 1977.
2. RUIZ TAVIEL DE ANDRADE, A., "El Maltrato a los Hijos", -- México, 1978, pág. 59.
3. MARCOVICH, J., "El Maltrato a los Hijos", México, 1978, -- págs. 30-54.
4. SUMNER, W.G. (1906). Citado por SMITH, S.M. en: "The -- Battered Child Syndrome", Londres Butterworths, 1975.
5. IDEM 3, pág...18
6. MEGGETT, 1965.
7. Royal Anthropological Institute News, 1974.
8. NAUM, 1970.
9. TURNBULL, 1972.
10. IDEM 3, pág...65-66
11. GRAVES, 1968; WATSON, 1970; WHITING, 1970.
12. U. S. National Centre on Child Abuse and Neglected.
13. VILLAGRECES, M., "Medicina Legal al Derecho Punitivo", -- México, 1895, págs. 198-230.
14. IDEM 3, págs. 30-54.



15. FREUD, A., "Aggression in relation to emotional development: normal and pathological", Psychoanalytic Study of the -- Child, 1949, págs. 37-42.
16. FROMM, E., "Anatomía de la destructividad humana", Siglo XXI Editores, México, 1977.
17. LORENZ, K., "Sobre la Agresión", Siglo XXI Editores, México 1972.
18. NOYES, A., "Psiquiatría Clínica Aplicada", La Prensa Médica Mexicana, 1961.
19. WILLIAMS, D., "Neural Factors related to habitual Aggression", Brain 92: 503-520, 1969.
20. HESS, W.R., "Diencephalon Autonomic and extrapiramidal Func tions", Grune and Stratton, York, 1954.
21. ACKERMAN, N.W., "Psicoterapia de la Familia Neurótica", Hormé, Buenos Aires, 1969.
22. AMARA, G., "Agresión y Sociedad" en "El Maltrato a los Hijos", México, 1978, pág. 185.
23. STEELE, B., "Working with abusive parents: From a Psychiatric point of view", U. S. , Dept. of Health, Education and -- Welfare, Office of Child Development, OHO, 1975.
24. MARTIN, H., "A Child-oriented approach to prevention" en -- "Prevention and follow-up", 1976, Cap. I, págs. 12-13.

25. "The Prophylaxis of Child Abuse and Neglect and Approach", International Journal, Vol. I, No. 1, 1977.
26. MARTIN, H., "The Abuse Child", 1976, pág. 38.
27. SMITH, S., HANSON, n., Battered Children, "A Medical and - Psychological Study", Brit. Med. J., 1974, 3:666-670.
28. SAUGRUND, A., GAINES, n.w., GREEN, A.H., "Child Abuse and - Mental Retardation", A Problems of Cause and Effect, --- Am. J. Mental Def., 1975, págs. 327-330.
29. "Adoption Trauma: Oedipus Myth/Clinical Reality", the inter national Journal of Psychoanalysis, vol. 55, part. 4, 1974, Great Britain.
30. KLEIN, M., STERN, L., "Low Birthweight and the Battered -- Child Syndrom", Amer. J. Dis., July 1971, págs. 15-18.
31. "Código Penal para el Distrito y Territorios Federales", 4a. Edición, Edit. Andrade S.A., México, 1970.
32. Asociación Pro-derechos de la niñez, México, 1979.
33. FIVCHIC, E.C., BULLARD, D.M., GLASER, H.H., "Failure to -- Thrive in the neglected Child", Annual Progress in Child - Psychiatry and Child Development, vol. 1, 1968, págs. 540-554.
34. IDEM 24, Cap. 1
35. STEELE, B.F., "Estudio Psiquiátrico de los Padres Agresivos" en "El Maltrato a los Hijos", México, 1978, págs. 125-126.

36. STEELE, B.F., POLLOCH, C.B., "A Psychiatric Study of Parents who abuse infants and small Children, in Kempe and Helfer - (eds.), The Battered Child, 2end edit. Chicago, University - of Chicago Press, 1976, págs. 89-134.
37. USWALD, I., "Dependence upon Hypnotic and Sedative Drugs". Contemporary Psychiatry (eds. Silverstone T., Barraclough B.), Ashford, headley brothers, 1975.
38. SALZMAN, C., KOCHANSKY, G.E., SHADER, R.I., PORRINO, L.S., HARMATZ, J.S., SWEET, C.P., "Chlordiazepoxide iduced hostility in a small group setting", Archives of General Psychiatry, 31: 401-405, 1974.
39. LYNCH, M.A., LYNsAY, J., OUNSTED, C., "Tranquillizers causing aggressions", British Medical Journal, 1: 266, 1975.
40. HOPWOOD, J.S., "Child murder and insanity", Journal of Mental Science, 73: 95-108, 1927.
41. GILLIES, H., "Homicide in West Scotland", British Journal of Psychiatry, 128: 105-127, 1976.
42. TONKS, C.M., "Premenstrual Tension", Contemporary Psychiatry, (eds. Silverstone T., Barraclough B.), Ashford, Headley -- brothers, 1975.
43. SCOTT, P.D., "Parents who kill their children", Medicine, - Science and the Law, 13: 120-126, 1973.

44. SMITH, S.M., "The Battered Child Syndrome", Londres, Butterworths, 1975.
45. BALDWIN, J., "Child abuse: epidemiology and prevention. epidemiological Approaches in Child Psychiatry. Edic. Graham P.J., Londres, Academic Press, 1977.
46. TONGE, W.L., JAMES, D.S., HILLAM, S.M., "Families with our hope", Ashford, Headley Brothers, 1975.
47. IDEM 15
48. MORSE and FREDMAN, "A Three years follow-up study of abuse neglected children", American Journal of Child, vol. 120 págs. 439-446.
49. MARTIN, H.P., "The Environment of the Abused Child", Martin H.P., 1976, Cap. 15, págs. 188-200.
50. TYLER, L.E., "Psicología de las Diferencias Humanas", Edit. Marova, 1975, pág. 356.
51. IDEM 50, pág...357
52. MEEFARGEE, M., "Métrica de la Personalidad", Edit. Trillas, 1976, págs. 220-221.
53. "Características de la Población y Predicción Clínica" en "Métrica de la Personalidad", págs. 181-183.

ANDER, H., MC. QUINSTON, M., RODEHEFFER, M., "Residential  
ly Therapy", The Abuse Child, 1976, págs. 235-249.

H, M., STEINGEBERG, D., OUNSTED, C., "Family unit in a  
dren's Psychiatric Hospital", British Medical Journal,  
, págs. 127-129.