

11276
2ej
26



Universidad Nacional Autónoma de México

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

Hospital General Regional
Orizaba, Veracruz.

"SINDROME DEL NIÑO
MALTRATADO"

T E S I S

Para obtener el Postgrado en la
ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR

Presenta

RAFAEL BAEZ HERNANDEZ



**TESIS CON
FALLA DE CUBRIMIENTO**

Orizaba, Ver.

1985



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 está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

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

INDICE

TEMA

PROCOLO	
INTRODUCCION.....	1
CAPITULO I	
ASPECTOS HISTORICOS	3
CAPITULO II	
DEFINICION.....	6
CAPITULO III	
ESTADISTICAS	8
CAPITULO IV	
ETIOLOGIA: Un padre especial	10
Un niño especial	11
El perfil de la familia abusiva	13
CAPITULO V	
DIAGNOSTICO: Manif. clinicas	15
Manif. radiológicas	20
Manif. sociales	23
CAPITULO VI	
UN APARTADO ESPECIAL: El abuso sexual	27
CAPITULO VII	
DIAGNOSTICO DIFERENCIAL	30
CAPITULO VIII	
TRATAMIENTO: Hospitalización	32
Psicoterapia para los adultos	34
Psicoterapia para el niño	36
Manejo clínico del abuso sexual	37
CAPITULO IX	
PREVENCION.....	39
CAPITULO X	
ASPECTO LEGAL	45
CONCLUSIONES.....	48
BIBLIOGRAFIA	49

PROT O C O L O

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

¿Investiga el Médico Familiar en forma integral al niño maltratado - para conocer las causas que originaron las lesiones por las que supuestamente acude o es llevado a la consulta?.

HIPOTESIS.

Si el médico familiar investigará la etiología de las lesiones físicas y emocionales que se presentan en su población pediátrica, identificará con mayor frecuencia el "SINDROME DEL NIÑO MALTRATADO" y padres maltratadores lo cual lograría que se pensara en la búsqueda de alternativas de solución planteando con mayor realismo la magnitud -- vulnerabilidad y trascendencia en lo referente a este problema.

OBJETIVOS.

1. Generales: Motivar al Médico Familiar en la investigación y diagnóstico del niño maltratado para obtener un desarrollo biopsico -- social óptimo como un derecho de la niñez.

1:2 Específicos: Investigar las causas más frecuentes que producen este síndrome.

- Investigar las variables físicas y psicológicas - en el síndrome del niño maltratado.
- Identificar edades, condiciones socioeconómicas y antecedentes familiares de los niños que cursan - con diagnóstico de "Síndrome de Niño Maltrato.

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

"La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social".

En la mayoría de los países, tanto desarrollados como subdesarrollados, la mayor parte de las investigaciones y estudios pediátricos están enfocados hacia los padecimientos infecciosos, fundamentados principalmente en su prevalencia estadística e importancia epidemiológica.

Sin embargo, si consideramos en su pleno significado la definición de salud, encontraremos que hay otros padecimientos casi tan frecuentes como los infecciosos, que exigen pronta atención, puesto que afectan al niño en su desarrollo físico, mental y en su conducta social. En este caso se encuentra el que Kempe, en el año de 1962 catalogó como "Síndrome del niño maltratado".

Sabemos que todos los niños -según la declaración de las Naciones Unidas-, tienen derecho a la felicidad, a educación, protección, alimento, estímulo, etc. La realidad sin embargo se aleja mucho de esto, ya que son muy pocos los niños que gozan de tales beneficios. Así, el "Síndrome del niño maltratado" viene a reunir en un todo la mayoría de las afecciones del infante, puesto que cuenta con variantes físicas -lesiones neurológicas, daño visceral, lesiones óseas secuelas psicomotoras, abuso sexual- y variantes no físicas -inanición, negligencia en el cuidado, abandono, abuso psicológico, --privación afectivo-emocional, etc.-. Más aún, podríamos definir el "Síndrome del niño maltratado" como una enfermedad social preponderantemente, puesto que el medio ambiente del niño es el que proporcionará elementos de riesgo importantes, tales como son las características paternas, hijos no deseados, situación económica y social, patrones culturales, etc.

Una vez anotado lo anterior, se puede decir que, en base a las necesidades cada vez más apremiantes de ejercer una medicina integral, y del control del niño -sobre todo del sano-, como parte de la medicina institucional, se debe recalcar la importancia de ejercer una medicina a nivel primario y no esperar a diagnosticar padecimientos que ponen ya en peligro la vida o que han dejado secuelas graves. En el padecimiento que nos ocupa, cabe decir --que, la realización de este trabajo se fundamenta en el interés por dar mayor

difusión al conocimiento de esta entidad al que casi no se le da importancia como tal; tratar de sensibilizar a los miembros del personal hospitalario para adquirir responsabilidad en la prevención de este síndrome y sobre todo, - lograr una pequeña guía que contenga los "puntos rojos" o de apoyo que cada médico debe tener siempre presentes y que, le ayudarán en la detección del - "Síndrome del niño maltratado" a un nivel primario.

C A P I T U L O

I

ASPECTOS HISTÓRICOS

Aunque el maltrato infantil en todas sus diversas formas haya recibido gran cantidad de atención en los últimos años, es tan antiguo como la humanidad misma.

Si vamos hacia el pasado, nos daremos cuenta de que, el aborto, el infanticidio y el abandono del niño han estado presentes desde el principio de la historia, o como sugieren la Biblia y la mitología, desde el principio -- del tiempo mítico. Más aún, aunque no podemos hablar de canibalismo de los propios hijos, éste se encuentra implícito y expresado en mitos y cuentos de hadas, demostrativo quizás de miedo, deseo y tabú conciente al respecto. Por otra parte, en lo que al aspecto religioso se refiere, "El castigo de Dios contra Adán y Eva fortaleció el tabú sexual" y, tal vez añadió peso al resentimiento inconsciente (al menos en la tradición Judeo-cristiana) que se tiene contra los niños. Desde el principio, la Biblia aclara que las mujeres -- tienen que pagar el sexo con sufrimiento; los niños son asociados primariamente en la Biblia con el dolor y el castigo como si hubiesen sido malditos por sus padres de la misma manera en que Dios los maldijo a ellos. El infanticidio fue muy frecuente en tiempos bíblicos, como ejemplo está la cercana muerte de Isaac a manos de su padre Abraham así como la irónica situación dada por Salomón, cuya ingeniosa solución para salvar a un niño, hizo su nombre sinónimo de sabiduría.(1)

En la mitología los ejemplos diversos están también presentes: El rey Saúl que trató de sacrificar a su hijo Jonatán, cuando pensó que tal acto le haría victorioso. Otra forma de infanticidio, el emparedamiento, ha sido comprobada por los arqueólogos, quienes han encontrado jarras con huesos de recién nacidos que habían sido enterrados bajo las esquinas, umbrales y puertas de las casas cananitas, confirmando la maldición de Joshua -- sobre cualquiera que reconstruyera Jericó: "pondrá los cimientos en sus primogénitos y en su hijo más joven pondrá las puertas de la ciudad".

Siguiendo el hilo de la historia por las distintas culturas, encontramos que la eugenesia era otro argumento a favor del infanticidio. Séneca, Platón y Aristóteles, todos aprobaron el asesinato de niños deformes.

Un aspecto social de gran importancia respecto al infanticidio lo tene-

(1) Bruno Bettelheim, Psicoanálisis de los cuentos de hadas, Edit. Crítica.

mos en el hecho de que, se ha planteado como la única alternativa para las -
madres solteras. En la literatura encontramos un tratamiento al tema, que --
Goethe utilizó como guión para su Fausto.

La relación entre la ilegitimidad, el infanticidio y los problemas de -
la sobrepoblación también era un tema común en las demás partes de Europa.-
En el escrito de J. Swift "Una modesta proposición para prevenir que los ni-
ños de la gente pobre se conviertan en una carga para sus padres y su país".
el autor sugiere satíricamente un plan para convertir a los bebés indeseados
en "comida rolliza y gorda...para una buena mesa", lo que al menos evitaría-
"esa horrorosa práctica en las mujeres de asesinar a sus hijos bastardos, -
¡ay! tan frecuente entre nosotros, sacrificando a los pobres e inocentes be-
bés... más para evitar el gasto que la vergüenza". (2)

No sólo Swift, sino también Malthus y Darwin se preocuparon por la di -
ficultad o la imposibilidad de mantener a todos los niños que nacen, proble-
ma que se agudiza con la urbanización, la industrialización y el lento decli-
nar de la comunidad, y después de ésta, el de la misma estructura familiar.

Los novelistas del siglo XIX, especialmente Dickens, hablaron claramen-
te del esclavizamiento de los niños en el sistema de fábricas y la utiliza-
ción de los niños pobres como parte de la fuerza de trabajo industrial.

Como el infanticidio, el aborto ha sido una característica persistente-
de la sociedad humana, pese a que de ambos se habla sólo en voz baja. La --
práctica no es tabú, sólo la mención de ella; los dos son similares en carác-
ter y propósito, el aborto previene el dar a luz un niño, el infanticidio --
previene la crianza del niño. Un fenómeno interesante e interrogante para --
ejemplificar el infanticidio y aborto se ha dado en Japón; los japoneses han
practicado el infanticidio durante más de mil años, alcanzando su máximo pun-
taje durante los siglos feudales, como modo de control de población; a fina-
les del siglo diecinueve disminuye, con la política nacional de estimular el
crecimiento de la población para la industria y el ejército. Sin embargo, des-
pués de la 2a. Guerra Mundial, el infanticidio reaparece en Japón, ¿cómo ex-
plicar la persistencia del fenómeno mientras que los medios y motivos de las
gentes que lo practican han cambiado? (El Japón fue uno de los primeros paí-

(2) Jonathan Swift, "A Modest Proposal for preventing the Children of Poor-
People from being a Burden to their Parents and Country" en Satires and
personal Writtings, ed. W.A. Eddy (Londres :Oxford University Press, 1965).

ses en adoptar una ley liberal del aborto, y los anticonceptivos están ampliamente diseminados).

Así, en el curso de la historia, el asesinato de los niños ha sido una característica constante e importante de la historia social humana. El infanticidio y el aborto representan los esfuerzos humanos más tempranos para lidiar con el problema de los niños y de la sobrepoblación. El progreso ha hecho que los niños sean aún más costosos, por lo que ha conducido a estos cruentos intentos de solución.

Ahora bien, ¿si el infanticidio y el aborto son instrumentos necesarios de la política social, por qué el silencio que los rodea? de hecho,-- hasta el reconocimiento reciente del abandono y abuso del niño, había existido un prolongado tabú de silencio respecto al maltrato de los niños.

Al parecer al recorrer la historia de la civilización nos muestra lo pesada que se hizo la carga de los niños para los padres, quienes buscaron formas de evadirla y a la vez, el surgimiento de una política respecto a la población, dando como resultado uno de los programas más importantes de conveniencia práctica adoptados por las sociedades.

Así, tabú o no, el maltrato a los niños ha sido a través de la historia, un instrumento frecuente de la política social, así como una fantasía humana aterradora y persistente, que permanece y según vamos, se incrementa día con día.

C A P I T U L O

II

D E F I N I C I O N

Como he mencionado, la negligencia y el abuso de los niños ha sido evidente desde el principio de los tiempos. Fue Caffey quien llamó la atención acerca de lesiones infligidas a los niños y que eran radiológicamente detectables al comprometer tejidos superficiales y profundos, -- destacando por su antigüedad variable (3). Después de más de 30 años, -- otros investigadores han pretendido definir los distintos aspectos de este Síndrome. Así, fue que en 1962 el Dr. Henry Kempe acuñó el término -- "Síndrome del Niño Maltratado", con lo cual este gran problema irresuelto de nuestros niños toma gran prioridad en los grupos médicos, legales y sociales.

El maltrato a los niños abarca todas las formas de daño infligido, -- tanto físico como psicológico, sean causados por abandono o por abuso. -- El abandono o negligencia puede ser física, médica y/o emocional. El -- abuso incluye el maltrato físico, emocional y sexual del niño.

Las variantes de la agresión física provocan desde lesiones neurológicas, viscerales, óseas, psicomotoras, hemorrágicas hasta los casos -- un poco menos frecuentes como son el abuso sexual, la inmersión en baño de agua, intoxicación deliberada, etc. Como variantes no físicas tenemos la inanición, la restricción intencionada de líquidos, la negligencia para aplicar tratamientos médicos indicados, abandono de los lactantes en su lecho o el abuso psicológico, descuido para vigilar a hijos de padres aparentemente normales y mentalmente retardados y la privación afectivo-emocional.

Otra variante de interés constituye la referente a traumatismo médico innecesario, incluyendo la práctica de punciones suprapúbicas, aplicación de yesos restrictivos, cirugía menor con necesidad dudosa, procedimientos cruentos electivos, así como prescripciones por vía parenteral -- pudiéndose indicar la vía oral.

Algo que no se ha enfatizado ni documentado lo suficiente es la relación de abuso sexual al niño maltratado. Sin embargo, en el año de ---

(3) Caffey, J. MULTIPLE FRACTURES IN THE LONG BONES OF CHILDREN SUFFERING FROM CHRONIC SUBDURAL HEMATOMA. Am. Journal Roentgenol., Vol-56: 163; 1946.

1973 los servicios de protección al niño en el estado de New York dieron a conocer una ley que incluye claramente en su definición de "Abuso a 1- niño" a cualquier menor de 16 años cuyos padres u otra persona legalmente responsable de su cuidado cometa o permita que se cometa contra el niño- un acto de abuso sexual como lo define la ley penal.

Como variantes del Síndrome a tratar tenemos al hijo no deseado -- (incluyéndose el aborto) y el niño abandonado. En base a esto, incluyo - en el aspecto definición lo que el Dr Feder llama el conflicto precon - ceptivo ambivalente en un afán de llamar la atención sobre un grupo espe - cial de niños, aquellos que fueron no deseados antes de su concepción, - pasando a sufrir rechazo y abandono y en el peor (?) de los casos a ser - abortados. Podemos considerar pues que los maltratos son en ocasiones -- tendencias abortivas extra-uterinas.

C A P I T U L O

III

E S T A D I S T I C A S

Se ha notado un incremento continuo en los reportes de niños maltratados, especialmente en la categoría de abuso. Este problema médico-social ha asumido grandes proporciones, sobre todo en ciudades con gran índice de desempleo y desastrosas condiciones de vida. Se consideran cifras cercanas casi al millón de niños que están siendo maltratados en múltiples formas, encabezadas por abandono e inanición hasta la crueldad física y mental que dejan daño físico y emocional en el niño.

El abuso al niño es un síntoma de la violencia actual. Si se permite que continúe, amenazará el futuro familiar y la estructura entera de nuestra civilización, puesto que resulta en desorganización social y desintegración. Esta generación de niños maltratados, si sobrevive puede llegar a ser la siguiente generación de padres maltratadores, tengamos en cuenta que, las personas tratadas con violencia tienden a tratar con violencia.

Analizando los estudios realizados, considero que la falta de verdaderas estadísticas es debida a una variedad de factores: los padres inventan historias, los niños son generalmente muy jóvenes o están muy temerosos para revelar lo que está sucediendo, algunos médicos no conciben el que los padres puedan abusar y destruir a sus hijos por lo que atribuyen los síntomas a un accidente o enfermedad, más que al abuso infligido. Otros médicos tienden a cerrar los ojos debido al temor a las implicaciones legales del caso. Además, unas estadísticas precisas son inobtenibles desde el momento en que sólo una porción de niños maltratados son llevados al hospital para recibir atención médica.

Pese a todo, los pocos casos reportados de esta entidad pediátrica han ido aumentando en un promedio de 15 a 20% en los E.U., esta tendencia no se especifica a una raza, sexo, grupo socioeconómico o área geográfica. Este problema existe en todo el mundo, así llegamos a la lógica deducción y clara afirmación de que el síndrome del niño maltratado es Universal.

La frecuencia real de casos es muy difícil de precisar ya que la --

Intensidad de la agresión va desde ligera a moderada o grave y las variantes de maltrato son múltiples. En general se puede decir que las víctimas de malos tratos son niños pequeños en su mayoría. Según los datos coincidentes de varios autores corren mayores riesgos aquellos que no encuentran un lugar normal en la familia o que proceden de matrimonios deshechos. El hecho de que las víctimas son a menudo niños muy pequeños depende en parte, de que con ellos estos delitos pasan frecuentemente inadvertidos. El niño pequeño no tiene posibilidades de declarar o denunciar. El que es algo mayor tiene miedo o teme ulteriores golpes. Influenciado en forma adecuada, está incluso dispuesto a falsear los hechos ante el juez.

El descubrimiento del hecho suele dificultarse, porque casi siempre se desarrolla en la esfera íntima de la familia. Faltan testigos y en caso de que existan, se trata de personas que se hallan en íntimas relaciones con el autor o dependen de él.

El maltrato se ha encontrado como más frecuente en el sexo masculino, sin dejar de mencionar que el abuso sexual tiene una tasa más elevada en las niñas.

Para que el síndrome tenga lugar se consideran esenciales ciertas condiciones, que actuando conjuntamente determinan su aparición; así, según Smith y Helfer son necesarios:

1. Un padre especial
2. Un niño especial
3. Tolerancia cultural

C A P I T U L O

IV

E T I O L O G I A

Al considerar este capítulo de etiología del Síndrome del Niño Maltratado, debemos tener en cuenta tanto la influencia de la familia, como los efectos de ésta sobre las tres instancias psíquicas de la personalidad. Respecto a esto último que menciono, como breve recordatorio tenemos que: estructuralmente la personalidad se divide en tres instancias psíquicas, - Ello, Yo y Super Yo.

El Ello busca la satisfacción total e inmediata de los impulsos instintivos, aunque sean contradictorios y en desacuerdo con la realidad.

El Yo desempeña las funciones de relación del organismo con el medio ambiente circundante, es decir con la realidad social y cultural. Intenta canalizar el impulso primordial del Ello y dar satisfacción a las necesidades que éste tiene planteadas, armonizándolas entre sí y con la realidad existente. Controla las funciones de la memoria y el pensamiento; por otra parte, es capaz de postergar la satisfacción de las necesidades planteadas en el Ello de acuerdo con las posibilidades reales.

El Super Yo está formado por la interiorización o asimilación de las normas culturales que rigen una sociedad, y que el niño recibe a través de las Instituciones (familia, escuela, etc.). Algunos especialistas lo han considerado como equivalente a "conciencia moral", por su función de aprobar o rechazar actos, pensamientos, impulsos. Normalmente, la desaprobación que genera el Super Yo es un proceso acompañado de sentimientos de culpabilidad. Al no diferenciar entre acto y deseo, crea situaciones rígidas e incluso crueles.

SICOMTOLOGIA Y SICODINAMICA DEL MALTRATADOR (Un padre especial).

Quizás la más importante pregunta es qué clase de padre es el que abusa y lesiona a su hijo y cuál es la psicodinámica que lo envuelve. Frecuentemente se ha dicho que cada madre es potencialmente un maltratador del niño, quien sólo necesita la justa provocación que dispara su reacción. Esta es una exageración y equívoca generalización surgida de la falsa distinción entre disciplina y castigo en una mano, y abuso en la otra. La diferencia es cualitativa más que cuantitativa. Flynn menciona que hay ocasiones en la relación padre-hijo en que dan muchas ganas de golpear a un niño irritante, pero en respuesta a una buena relación entre las instan-

cias psíquicas de la personalidad, el padre logra darse cuenta de que - su reacción obedece a una necesidad de descargar algo de la cólera acumulada por largo tiempo e influenciada por factores diversos.

Pienso que el alto potencial de violencia es obstaculizado por los mecanismos normales del Yo (realidad y memoria). Sin embargo, en el caso del padre sociopático, tenemos un juego de mecanismos de defensa, de represión, de negación y de proyección que impiden la valoración de las -- consecuencias de la violencia antes de ser cometida. Así, los padres maltratadores proyectan su cólera sobre ciertos aspectos atribuidos al niño a la vez que los niegan en sí mismos. Si aceptamos que la paternidad básica de un carácter individual se establece en los primeros años de la - infancia, como resultado de las influencias de los padres y del medio -- ambiente, tendremos que la mayoría de los padres maltratadores fueron -- maltratados o descuidados ellos mismos durante su niñez. Al no haber sido nunca adecuadamente alimentados ni criados, los niños nunca aprendieron como amar o criar a otros. En ausencia de gratificación apropiada -- para su frustración en su niñez, los individuos carecen de personalidad fuerte y estable y tienen por tanto una pobre imagen de sí mismos. Una vez que son adultos, desarrollan subconscientemente mecanismos de defensa propia para sostener su débil personalidad, tales como las mencionadas represión, negación y proyección. La pobre imagen que tienen de sí mismos y desconfianza de los demás -generalmente identificados como figuras paternas- les proporciona menos tolerancia a la frustración. El deseo de ser amados los vuelve vulnerables, especialmente a las mujeres jóvenes.- Tengamos en cuenta que , mientras que los padres, esposos u otros adultos de la casa están fuera, son las madres quienes pasan la mayor parte del tiempo enfrentándose solas con sus pequeños hijos.

LOS NIÑOS MALTRATADOS (Un niño especial).

Los niños maltratados generalmente son producto de un tipo de unión que a menudo pone la base para el maltrato al niño. Frecuentemente resulta de una relación pasivo-agresiva o dominante-sumisa, con el hombre -- siendo el ser dominante. Se trata de un matrimonio o relación tanto insatisfactoria como tormentosa, ocasionalmente con uno o ambos padres teniendo alguna aventura sexual y además con gran cantidad de resentimientos mutuos. La pasiva-sumisa mujer es a menudo dependiente, deprimida y no efectiva como esposa-madre. El niño nacido de esta unión está en una

peligrosa desventaja por varias razones: su madre no sabe como ser madre. Ella es inmadura, aislada, solitaria y tiene una baja tolerancia a la frustración. Frecuentemente la carencia emocional sostiene las frecuentes ausencias y abusos del marido. Ella busca amor y éste lo proporciona el niño. En un estadio que ha sido descrito por Morris y Gould como de "inversión", la madre se identifica a sí misma con su hijo; el hijo con su propia madre. En caso de no recibir amor y gratificación de parte del niño, la madre quizá proyecte su odio contra él y consecuentemente lo maltrate. Bajo otras circunstancias, ella quizá proyecte su resentimiento -de su compañero- hacia el niño, al momento en que su baja tolerancia es excedida, con desafortunadas consecuencias para el niño. El padre quizá desarrolle intensos celos sobre la atención de su esposa hacia el niño, y exprese su coraje hacia él con violencia. Hay otro elemento importante en esta situación: el niño responde al maltrato con --irritabilidad y pide atención o, en caso de ser mayor, responde con desórdenes neuróticos de conducta que instigan más al maltrato por estas conductas, perpetuando así un círculo vicioso. Tenemos pues, que el niño en esta familia es una víctima propiciatoria.

Mientras la familia está en un estado de crisis repetidas, raramente se interviene o recibe ayuda externa; hasta que el niño ha sido severamente maltratado, cuando es llevado al servicio de urgencias de un --hospital, es que se interviene. El hecho es que la madre "ama" a su hijo a su propia torcida manera y se arrepiente de las consecuencias que suyo enfermo no pudo prevenir.

Algunos niños quizás sean victimados por otras razones. Un niño no deseado quizás sea producto de un padre rígido, compulsivo, no razonable, así como el producto de un embarazo no deseado, o el hijo de otro padre -de un matrimonio previo-. Este niño quizás se destruya más emocional que físicamente. Quizás crezca amargado y odioso, así como inmaduro y, puede llegar a ser un adulto rígido, no complaciente, como el padre.

Ha habido reportes de niños prematuros con bajo peso que están en alto riesgo de ser maltratados. Klaus y Kennell así como Klein y Stern consideran que el motivo de falla de los lazos de unión se debe a la separación de la madre de su hijo durante el período neonatal. Por otra -

parte Smith y Hanson explican el hecho de que quizás las madres maltradoras tienen hijos de bajo peso, siendo causados éstos por los factores maternos que ordinariamente predisponen a dar a luz niños desnutridos e incidentalmente al maltrato del niño, tales como la baja clase social, la juventud y la soltería, y las actitudes de rechazo hacia el embarazo. Esto nos llama la atención acerca de que no necesariamente hay un riesgo aumentado para el maltrato en los niños física o mentalmente anormales, a menos que el padre tenga sentimientos de culpa respecto a él o padezca de algunas de las afecciones mencionadas.

EL PERFIL DE LA FAMILIA ABUSIVA.

Una vez analizado lo anterior puedo decir que el síndrome del niño maltratado no es más que la punta final de lo que se puede llamar un quebrantamiento de la dinámica familiar, es decir, en esta entidad hay una falta o un desplazamiento, pues al golpear al niño no se golpea a la esposa. Es más sencillo desquitarse con el pequeño que no tiene defensa. Respecto a los factores socioeconómicos, se observa en gran parte de los casos que uno de los factores de la agresión a los pequeños es el desempleo del padre, ya que se pasa una gran parte del tiempo en el hogar y tiene un mínimo de tolerancia a los pequeños. La característica del desempleo es especial desde el punto de vista psicológico, ya que hay un desplazamiento o una canalización de la agresividad a través de los infantes. Otro de los factores es la sobrepoblación y el hacinamiento, recordando que el síndrome no es una enfermedad de la pobreza, sino una enfermedad de la humanidad; al tratar con el niño maltratado estamos observando un fenómeno aislado y único. El abuso y abandono del niño se llevan a cabo en un clima de abuso social colectivo, basta para estar conciente de esto con observar y escuchar las interacciones entre padre e hijos en los campos de juego y en los supermercados, o recordar aún como fue uno criado o cómo crió uno a sus hijos. La cantidad de gritos, regaños, manazos, puñetazos, golpes y los tirones que dan los padres a sus hijos pequeños es verdaderamente asombrosa.

En forma global tenemos por tanto que los padres maltratadores son en su gran mayoría gente pobre, negros, latinos, madres muy jóvenes, madres con hijos ilegítimos, padres con muchos hijos, alcohólicos, drogadictos, gente que requiere de asistencia pública, desempleados, gente que no tiene amigos, gente que no tiene recursos, gente con problemas -

emocionales, con problemas médicos, con salud física pobre, con salud mental pobre. Gente que no tiene esperanzas.

La gente que es reportada por abusar o abandonar a los niños vive por lo general en las ciudades, en un alojamiento malo. No han heredado cubiertos de plata ni bienes. Tampoco recibieron tapetes, libros o casa en el campo. Algunos han heredado un alcoholismo severo, que viene a veces, desde tres generaciones anteriores; algunos han heredado una pobre salud tanto física como mental. En lugar de tradiciones familiares como la navidad, estas son el desempleo y sus árboles familiares tienen muchas ramas debido a los divorcios, segundos matrimonios y separaciones temporales.

C A P I T U L O

V

D I A G N O S T I C O

Sólo en los últimos años ha habido concientización médica acerca del crítico problema pediátrico que involucra la negligencia y el maltrato a los niños.

Muchos de los niños que están siendo maltratados están bajo cuidado de un médico que no reporta el caso o que si lo hace, prefiere llamarlo trauma accidental. Así como Kempe eligió llamarlo Síndrome del Niño Maltratado, otros reportes de la literatura médica lo han catalogado como "trauma no reconocido", "traumatización de los niños", "periostitis traumática", "trauma paterno inducido" y "trauma insospechado". Desafortunadamente ninguno de estos términos describe plenamente el cuadro de estas condiciones a menudo amenazantes para la vida. Un término más preciso y descriptivo es el de "el síndrome del maltrato en los niños". Un niño maltratado a menudo presenta en sí mismo signos obvios de estar siendo golpeado, pero con las evidencias físicas menores múltiples, así como emocionales, a veces, de privación nutricional, negligencia y abuso. El niño golpeado es sólo la última fase del espectro del síndrome del maltrato.

En casos de niños maltratados, un diagnóstico preciso logrado con perspicacia por el médico, puede prevenir las lesiones más serias y severas, que son una importante causa de muerte. La concientización de -- médicos, enfermeras, trabajadores sociales, maestros, sacerdotes y administradores de hospitales, respecto a los signos y síntomas del síndrome del maltrato -un padecimiento prevenible- puede salvar una vida.

El diagnóstico se fundamentará de manera primordial en la Historia clínica. Esta será minuciosa. La presencia de datos psicosociales que demuestran que una familia es de alto riesgo es un apoyo para el diagnóstico, pero no un diagnóstico por sí solo, ya que los niños de estas familias también pueden sufrir accidentes verdaderos. La ausencia de datos psicosociales debe hacer pensar que el causante pudo haber sido la nana u otra persona.

MANIFESTACIONES CLINICAS.

Las manifestaciones clínicas del síndrome o consecuencias del maltrato pueden ser somáticas o psíquicas.

El niño maltratado a menudo es llevado al hospital o médico particular con historia de falta de crecimiento: desnutrición, anemia, pobre higiene corporal, irritabilidad, personalidad reprimida y otros signos-obvios de negligencia y abandono. Los niños más severamente maltratados son vistos en los servicios de urgencias hospitalarios con evidencias - externas de trauma corporal: contusiones, quemaduras, heridas, laceraciones, abrasiones, tejidos inflamados y hematomas. La imposibilidad para mover ciertas extremidades debido a dislocaciones y fracturas asociadas con signos neurológicos de lesión intracraneal son signos que deberían despertar las sospechas del médico tratante. Las manifestaciones -- del síndrome del niño maltratado proporcionan evidencia de una o más de estas quejas y en los más severos casos de maltrato, llegan al hospital o al consultorio médico en coma, convulsionados o aún muertos.

La pregunta diagnóstica más difícil, es saber cuando el castigo físico se convierte en abuso físico. La respuesta es, cuando este castigo produce hematomas. La presencia de hematomas implica golpear en forma repetida o fuertemente y sin consideración.(4)

El niño maltratado reacciona con temor al acercamiento de cualquier adulto, llorará y se pegará paradójicamente a la madre que ha estado maltratándolo. Está molesto y demanda atención en una forma confuso e "increíble". Cuando se queda sólo, está a menudo letárgico y no sonríe ni juega. No tiene apetito y sus hábitos de sueño llegan a ser inquietos. Cerca -- del año de edad, quizás tenga pesadillas y despierta llorando. Otros niños quizás exhiban un cuadro diferente, descrito por Ounsted como el Síndrome conductual del "vigilante de hielo", estos niños no emiten sonidos ni siquiera lloran cuando sus heridas son curadas y vendadas. Tienen la mirada fija y no sonríen. Lo anterior se atribuye a una "adaptación" a la situación en la cual el amante y amado padre impredeciblemente y sin provocación se llega a transformar en un agresor y entonces inmediatamente cambia su buena conducta paterna, este niño ha sido incapaz de establecer confianza en su errática existencia.

Una vez que he hecho la presentación global característica, quiero -

- (4) Kempe, C.M. Silver, H.K. CURRENT PEDIATRIC DIAGNOSIS & TREATMENT. -- 5th Edition. Lange Medical Publications, 1978.

recaltar que los signos y síntomas aparentes en el maltrato infantil -- van desde la simple desnutrición infantil que se reporta como "falta de desarrollo", hasta los niños más severamente golpeados, quienes se ven con evidentes fracturas múltiples y trauma inflingido; laceraciones de tejidos blandos, abrasiones, quemaduras y hematomas que afectan cualquier parte del cuerpo deberían despertar sospechas de la etiología. Aún más indicativa es la presencia de cicatrices o costras cubriendo antiguas abrasiones o contusiones de la piel. Las manifestaciones de múltiples deficiencias vitamínicas pueden también ser evidentes en estos niños.

Debemos tener en cuenta que los niños incapaces de gatear no se -- golpean ellos mismos contra los muebles, y las lesiones en las nalgas y espalda difícilmente resultan de bajar las escaleras "de sentón". Las marcas de arañazos de uñas humanas son anchas y más profundas que las de los gatos y en caso de mordeduras humanas, hay una lesión semicircular en línea de contraste con la mordedura de perro, donde la piel se perfora y desgarras. Las lesiones en la piel por negligencia son también importantes. Las más comunes son erupciones de pañal con lesiones granulosas, a menudo con una úlcera central, o lesiones dérmicas extensas localizadas al área cubierta por el pañal (prolongado contacto con orina y evacuaciones).

Otra manifestación de maltrato intencionado en los niños es la pérdida de pelo por fuertes tirones. La pérdida es desigual y debe diferenciarse de la alopecia areata, la cual es rara antes del año de edad.

Los hematomas subdurales asociados con múltiples fracturas esqueléticas han sido encontradas en algunos de los niños maltratados. Caffey en 1946, fue el primero en reportar la frecuencia del hematoma subdural en niños acompañado por fracturas de huesos largos. En total describió -- a seis pacientes con hematoma subdural, quienes exhibían un total de 23 fracturas y 4 contusiones de los huesos largos. En ninguno de los casos hubo una historia de las lesiones a la cual se le pudieran atribuir de manera razonable las lesiones óseas y en ningún caso hubo evidencia clínica o radiológica de enfermedad ósea generalizada o localizada, la cual pudiera predisponer a fracturas patológicas. Más tarde, Caffey ofreció la posible explicación del abandono paterno y el abuso como causas en esta asociación de síntomas. Kempe afirmó que el hematoma subdural, con o sin fractura del cráneo, es un hallazgo frecuente, aún en la ausencia de fractura de los huesos largos. El médico deberá por tanto estar aler

ta respecto a la frecuencia de fracturas típicas diafisarias de los huesos largos o costillas en presencia de una lesión desusual metafisaria, -puntualizándose el diagnóstico de trauma infligido.

Algunas veces, lo que se diagnostica como hematoma subdural espontáneo es en realidad producto de lesiones parecidas a las de "latigazo": el padre sacude al hijo violentamente, ocasionando el desgarramiento de las venas cerebrales, con hemorragia bilateral en el espacio subdural.

Por otra parte, cualquier niño presentado con un hematoma subdural, -sin una explicación clara de su origen, deberá siempre ser examinado del sistema esquelético a los rayos X, para detectar dilataciones clínicamente silenciosas, fracturas y hemorragias subperiósticas.

Otros signos y síntomas clínicos atribuidos a maltrato pueden incluir lesiones de tejidos blandos y vísceras. El trauma abdominal infligido puede resultar en estallamiento "inexplicable" de estómago, hígado o bazo, con manifestaciones de abdomen agudo. El abuso al niño puede también encontrarse en asociación con el síndrome de deprivación materna en el cual los signos radiológicos de desarrollo retardado y signos de negligencia quizá --coexistan.

El síndrome de deprivación materna, una forma de maltrato, puede tener serias consecuencias -quizá para toda la vida- en el crecimiento del niño y su desarrollo, si no se diagnostica en etapas tempranas. La única manera de establecer una causa y efectos relacionados entre la madre del infante y los síntomas es demostrar una significativa recuperación, cuando el medio ambiente materno es alterado por la intervención inmediata y de constante vigilancia del niño, durante el periodo de hospitalización. Este único criterio confirma el diagnóstico. Todos los pequeños diagnosticados con deprivación severa deberán ser investigados en sus condiciones medioambientales, familiares y de status psicológico materno, para determinar los factores responsables del estado del niño.

El daño ocular es un hallazgo frecuente en el niño golpeado y el diagnóstico debe considerarse en todos los casos de hemorragia retiniana, y -atrofia óptica en niños y jovencitos. La inflamación periorbitaria y equimosis, la hemorragia subconjuntival y los movimientos no conjugados de los ojos, pueden ser evidencia de trauma ocular directo. Los golpes en la cabeza ocasionan también lesiones oculares y, en la mitad de los casos informados el daño es permanente, por hipema agudo, luxación del cristalino y des

prendimiento de la retina.

El envenenamiento no accidental de niños debe considerarse en cualquier pequeño con síntomas inexplicables. Los síntomas de irritación del sistema nervioso central, las convulsiones y la sintomatología gastrointestinal pueden confundir al médico poco suspicaz. El diagnóstico correcto, quizás por el temor a la evidencia incriminatoria, no se detecta o se pasa por alto.

En el 10% aproximadamente de los casos, el castigo elegido es la quemadura (causada generalmente por un cigarrillo); las accidentales revelan imagen en salpicaduras, como cuando el niño muy pequeño levanta la cacerola de un fogón o se queda solo en el baño y abre la llave del agua caliente. La escaldadura deliberada es inequívoca, porque el sentido común dice que un niño cuyos pies están quemados hasta los tobillos se habría salido del agua antes que alcanzara ese nivel, si le hubieran permitido hacerlo.

Una vez que el paciente ha sido hospitalizado, la sangre, orina, heces y aún vómito pueden ser valiosos testigos clínicos.

Si existen antecedentes de que el niño hace hematomas con relativa facilidad, se deberán solicitar las pruebas de coagulación sanguínea para descartar la posibilidad de discrasias como la púrpura trombocitopénica idiopática.

La información acerca de la presentación de los síntomas, antecedentes de farmacodependencia en el hogar o uso de drogas por los padres, pueden ayudar a hacer el diagnóstico de maltrato del niño. Los padres que envenenan a sus hijos quizá tienen problemas maritales y/o psiquiátricos o quizá ellos mismos abusan de las drogas.

Las muertes repentinas asociadas con signos y síntomas inexplicables requieren un análisis toxicológico completo.

MANIFESTACIONES RADIOLOGICAS.

Muchos de los niños no son llevados al médico o a un hospital para su atención, debido a que los padres temen a las acciones legales. Hasta que el niño se encuentra grave y los padres temen su muerte es cuando solicitan ayuda. Es por esta razón que la evidencia radiológica de trauma inflingido puede estar presente en variadas etapas de consolidación debido a los cambios reparativos. El examen médico inicial puede no revelar nada mientras las lesiones óseas permanecen ocultas en los primeros días de inflingido el trauma. En estos casos, las evidencias de reparación ósea pueden aparecer semanas -- después del traumatismo y, a menos que se sigan tomando Rayos X, estos hallazgos radiológicos pueden pasar inadvertidos. Desafortunadamente, debido a los mínimos signos que acompañan a la mayoría de las lesiones metafisarias, raramente llaman la atención del médico para solicitar estudio radiológico. Es importante hacer notar que cuando una placa de rayos X se obtiene prontamente después del trauma, puede ser normal excepto por edema de tejidos blandos. Más tarde, cuando la reacción perióstica contiene calcio, la ausencia de hallazgos clínicos elimina la necesidad de mayor examen radiológico. En muchos de los casos de maltrato hay recuperación clínica completa, el incidente inicial es por consecuencia olvidado y el niño regresa con sus padres.

Los médicos generales tratan aproximadamente un 60% de las fracturas simples ocurridas en los niños. Así, ellos tienen la responsabilidad de identificar en forma rápida la presencia de signos inexplicables asociados a lesiones múltiples. Cuando un médico trata a un niño quien presenta lesiones múltiples -de muchos años- en el cuerpo y la historia de cómo se produjeron no es consistente con los hallazgos físicos observados, debe considerar la posibilidad de maltrato y debe sospechar de los padres.

Los hallazgos radiológicos más comunes en los huesos largos nos llevan a diagnósticos serios por cambios poco comunes. La fragmentación metafisaria, separación epifisaria y astillamiento periósticos generalmente resultan de torcimiento o tracción de la extremidad afectada. Quizá haya distorsión de los huesos largos, secundaria a la nueva formación ósea de los fragmentos metafisarios. Las hemorragias periósticas se notan con frecuencia, debido a -

que el periostio en los niños no está unido firmemente con el hueso subyacente y es así fácilmente levantado como resulta o de la hemorragia postraumática. - Lo anterior es seguido de calcificación perióstica la cual empieza a ser aparente después de 5 a 7 días de inflingido el traumatismo. Esta capa calcificada y posteriormente osificada alrededor de la diáfisis ósea, debe ser evidencia para sospechar trauma provocado y, se deben llevar a cabo mayores investigaciones en busca de la etiología.

Los hallazgos a los rayos X o cambios de reparación incluyendo excesiva formación de nuevo tejido óseo o la presencia de fracturas previamente cicatrizadas con reacción perióstica pueden ser diagnósticos, cuando se correlacionan con la historia y situación socio-económico son generalmente confirmatorios del diagnóstico de síndrome del niño maltratado.

La cicatrización ósea ocurre rápidamente una vez que el origen del trauma se elimina. Es generalmente completa dentro de las siguientes 4 a 12 semanas, dependiendo de la severidad y duración de la lesión. en los niños que han sido observados -con cambios esqueléticos por trauma inflingido-, no se ha encontrado deformidad residual después de varios meses.

Caffey fue el primero que determinó la frecuencia de cuáles defectos en las metafisis resaltan en los huesos lesionados de los niños (con origen traumático). Astley, en Inglaterra, describió a 6 bebés con discontinuidad metafisiaria del hueso y la presencia coincidente de separación retiniana, contusiones, equimosis palpebral, compresión vertebral y los más extraños tipos de fracturas.

Jones discutió y recopiló 42 casos de lesiones traumáticas múltiples en esqueletos infantiles y estableció los diversos tipos de lesiones traumáticas de la infancia. La mayoría de sus pacientes tenían generalmente fracturas tanto en los huesos largos como de las costillas. Fue la presencia de las lesiones metafisiarias (impresionantes), la que hizo sospechar que había algo extraño en estos casos.

Muchos pediatras, ortopedistas y cirujanos no están convencidos de que el trauma sea responsable de los extraños cambios óseos observados radiológicamente. Por esta razón es muy importante que el médico obtenga una completa y detallada historia y que procure investigación y asistencia por parte de --servicio social para determinar la etiología de cualquier lesión inexplicable en los huesos de los niños.

El médico debe ser consciente de que ciertas lesiones esqueléticas se deben a ciertos vectores de fuerza operantes, los cuales deben ser identificados. Sólo mediante los esfuerzos diagnósticos cooperativos de parte de todos los médicos y trabajadoras sociales puede conocerse la verdadera incidencia de este síndrome del maltrato en los niños y lograr mejores resultados en su prevención.

MANIFESTACIONES SOCIALES.

La información acerca del maltrato sólo puede ser obtenida mediante un prolongado y adecuado interrogatorio hecho por el médico, el trabajador social y/o las autoridades del hospital. Los sentimientos de culpabilidad -- orillan a los padres a callar los hechos verdaderos. El médico a menudo descubre que la madre ha llevado al niño a varios hospitales en un intento de desviar o negar cualquiera sospecha de abuso. Hay generalmente negación completa de cualquier conocimiento de traumatización del niño, y más a menudo, la actitud de total inocencia es transmitida al médico examinador o las autoridades; al servicio social. En sí es difícil obtener la historia verdadera, por lo cual el diagnóstico depende del examen físico, los hallazgos radiológicos y una gran dosis de suspicacia médica.

He mencionado ya los diversos factores que afectan desfavorablemente la relación infante-adulto dando lugar al síndrome del niño maltratado. Por su importancia conviene recordar entre los principales y más frecuentes; historia de discordia familiar, stress financiero, alcoholismo, ilegitimidad, pobreza, tendencias pervertidas, farmacodependencia e historia delictiva. Se han encontrado varios grados de retardo físico mental ó social, en muchos padres implica es. En algunos de estos individuos hay evidencias obvias de graves desórdenes de la personalidad. El stress medioambiental y los sucesos de la vida moderna pueden servir como desencadenantes, en los casos de abuso al niño.

En E.U., y en los últimos años ha habido un aumento de 15 a 20% en el número de niños nacidos con afición a los estupefacientes. Sólo en la ciudad de Nueva York, han nacido aproximadamente -- en el último año -- 800 niños de padres adictas. Este incremento es significativo y bien puede atribuirse al aumento de niños abandonados y golpeados. Los pediatras y médicos en general deben estar concientes de que estos niños están propensos al abandono y a menudo al maltrato por parte de sus padres adictos. El hijo de una madre adicta invita al rechazo y por tanto debería ser protegido, en caso extremo separarlo de sus padres adictos. La seguridad y bienestar de este tipo de recién nacidos, debería estar en primer lugar en la mente del médi-

co, con consideración también a proporcionar ayuda a los padres, de ser posible remitiéndolos a una organización apropiada.

En un estudio reciente hecho por la Asociación Humanística Americana, en casos de maltrato al niño se encontró que en más de dos terceras partes de los casos ambos padres compartían el hogar. En los casos de un solo padre, sólo el 12% correspondían al progenitor masculino, el resto correspondía casi en su totalidad a la madre. La ruptura familiar generalmente resultó de divorcio, separación, hospitalización, abandono o encarcelamiento. Un estudio más profundo de los problemas familiares indicó que la inmadurez emocional fue probablemente la única gran causa de la destrucción del medio ambiente familiar.

En muchos de los padres envueltos en el abuso y maltrato inflingidos a los niños generalmente puede notarse que reaccionan en forma completamente contraria en lo que concierne a lo aceptado como paternalmente normal. Ellos no proporcionan información voluntaria al médico, las autoridades hospitalarias, trabajadores sociales y muchos menos a los agentes legales. También se muestran evasivos, a menudo contradictorios en sus declaraciones e irritables por la rutina habitual del interrogatorio médico. Se han encontrado también que algunos no asisten a las visitas de rutina en el hospital, aún cuando el pequeño esté ahí por semanas o aún meses. No se muestran preocupados y no preguntan acerca de cuando se dará de alta al niño. No están dispuestos a seguir las indicaciones concernientes a futuras visitas médicas y a la terapéutica prescrita. Muchos muestran escasa reacción de sorpresa al ser investigados por el servicio social o al ser reportados a las agencias legales.

No debe tenerse como patrón el que un padre tenga rasgos psicóticos o neuróticos. Algunos quizá presenten una actitud desarmadora o de sobreprotección, cooperatividad y esmero en un intento de desmentir al médico. En un reporte de las trabajadoras sociales de diversos casos se encontró: --- "Las madres son casi en extremo cooperativas, hay poca afectividad, más --- bien presentan una compulsiva personalidad de pulcritud y se muestran retiradas del medio ambiente social; son similares a los descritos en otros casos donde, el abuso físico a los niños en el hogar fue prevenido tardíamente. (Fontana, Besharou. The Maltreated Child).

En base a lo anterior, el tiempo debe ser considerado como esencial al hacer el diagnóstico y reportar los casos; serias consecuencias para los niños afectados, los padres y demás hermanos pueden sucederse, si el lapso para confirmar el diagnóstico es muy prolongado tras su ingreso al hospital. Una vez establecido y reportado el caso, la atención inmediata debe dirigirse hacia los otros hermanos en la familia, con objeto de protegerlos de futuro abuso paterno.

Las investigaciones han revelado que generalmente un niño en la familia es seleccionado y hecho blanco de abuso y abandono, mientras que los otros hermanos dan muestras de sobreprotección. Como mencioné con anterioridad, estos niños son a menudo símbolo para los padres en su expresión de hostilidad hacia la sociedad, basada en una desadaptación sexual y social paterna existente.

En un estudio realizado en el año de 1958 por Duncan y sus colaboradores se estudiaron los factores etiológicos de asesinatos en primer grado. Los estudios de estos médicos permitieron llegar a la conclusión de que entre los asesinos la brutalidad física sufrida a manos de sus padres había sido una experiencia constante -brutalidad más allá de la excusada ordinariamente por disciplina. Parece ser que la ausencia de modelos adultos maduros y equilibrados para imitar o identificarse permitió el desarrollo de un medio ambiente inmaduro propiciatorio para el abuso físico de otros individuos.

Al analizar la literatura existente he encontrado que se ha puesto especial énfasis en los "bebés y niños maltratados", sin embargo, se ha fallado al prestar poco interés a los mayores de 12 años, quienes tienen que tolerar el abuso y maltrato durante su adolescencia. Tengamos en cuenta que un adolescente perteneciente a una familia de por sí multiproblemática se enfrenta además con problemas personales de desarrollo tanto físico como sexual incluyéndose el importante área sexual y la separación paterna. Los problemas de conducta de un adolescente en una familia no integrada causan situaciones tensas que llevan al maltrato. En estos casos, hay una falta de alineación entre la juventud "del que está creciendo" y "la del padre", --- "cambio de vida" que permite que tanto los padres como el joven sean vulnerables a la violencia interfamiliar. El síndrome del maltrato en los niños de

berfa por tanto abarcar a los adolescentes quienes, cada vez con más frecuencia, están siendo reconocidos y reportados como víctimas de abuso, particularmente en el área de la explotación sexual. Muchos de estos adolescentes tratan de escapar del maltrato huyendo de sus familias, sólo para encontrar que el abuso y el abandono sociales también estarán contra ellos, los "niños escapistas y trotamundos" de nuestra sociedad.

La carencia de servicios médicos y sociales para los adolescentes resultan en un incremento de delincuencia juvenil, adictos a las drogas, jóvenes-embarazadas, alcoholismo y explotación sexual del adolescente así como pornografía. El desarrollo de servicios responsables de satisfacer las necesidades del adolescente maltratado debería establecerse e implementarse con profesionales conocedores de sus problemas.

C A P I T U L O

VI

UN APARTADO ESPECIAL: El abuso sexual en los niños.

El abuso sexual es probablemente el menos reportado y no diagnosticado de los abusos al niño. Incluye cualquier forma de contacto sea manual, oral o genital con un niño.

La dinámica del abuso sexual ya es más conocida en la actualidad. Es la única manera en que algunas familias mantienen cierta estabilidad permitiendo que el padre abuse sexualmente de una pequeña. Es un fenómeno peculiar, curioso y triste. Cuando se ha intervenido para evitar los abusos sexuales, hay un quebrantamiento total de la familia, o sea, la única manera de que todavía la familia se mantenga como tal, es que el padre -- tenga satisfacción sexual con su hija, y la madre oculta este fenómeno. En el momento que hay intervención externa para ayudarles, el padre huye y sobreviene una separación total.

En estos casos existe una alianza, un secreto familiar, promovido -- por los adultos y en medio de los padres está el pequeño, del que se abusa sexualmente.

También hay hijos que se hacen cómplices de ese secreto familiar, -- contrariamente al chico que fantasea que está siendo violado. Hay niños que han sido seducidos sexualmente por alguno de los miembros de la familia y no lo comunican.

En ocasiones, el abuso sexual es violento y único, es una violación, pero en ocasiones es continuo, es una relación incestuosa que permanece durante mucho tiempo y que implica el hecho de la conservación de la dinámica familiar que he mencionado. A veces se descubre incidentalmente -- cuando la hija se cansa de la relación y la denuncia.

Una familia en la que se da este tipo de relación es una familia -- patológica y hay que ayudarlos para que como grupo alcancen otra homeostasis que les sea más funcional y menos enferma.

Características del niño objeto de abuso sexual: Como el niño golpeado, el que es atentado sexualmente en su integridad va a reaccionar -- en el futuro como niño deprimido.

¿Cómo identificar al niño con este síndrome depresivo?

C A P I T U L O

VII

En los niños existe la depresión pero en forma diferente de los adultos. En los niños y preadolescentes encontramos los equivalentes de presivos. Hay niños que manifiestan su trastorno mediante la hiperactividad, otros mediante el aislamiento, problemas de aprovechamiento escolar, angustias, trastornos del sueño, enuresis y encopresis; todos estos pueden ser síntomas de depresión.

Es necesario investigar sus orígenes y la forma como han ido transcurriendo en el contexto familiar en que el niño se desarrolla y así, detectar la depresión y atenderla. Cuando el niño llega a la adolescencia los trastornos emocionales se transforman, el adolescente empieza a tener mal aprovechamiento escolar, a aislarse, tiene problemas para dormir, o disminuye su apetito. Algunas estadísticas informan que el suicidio es una de las causas de muerte en adolescentes con una incidencia más alta que la suma de la hipertensión arterial, asma bronquial y úlcera péptica. Como componente de la depresión o como equivalente al suicidio está la propensión a los accidentes. En los hospitales hay niños que constantemente están involucrados en accidentes fatales o graves. Lo anterior indica que estos chicos tienen una problemática grave es decir, que no les ocurren los accidentes por azar, sino que por su depresión inconscientemente los están buscando.

Tratando de sintetizar todo lo expuesto anteriormente, debemos sospechar maltrato (en cualquiera de sus formas) cuando algunos de los siguientes factores sean evidentes:

PUNTOS CLAVE EN LA DETECCIÓN DEL SÍNDROME DEL NIÑO MALTRATADO

1. El niño parece excesivamente temeroso de sus padres.
2. El niño está por lo general extrañamente espantado.
3. El niño se mantiene apartado, ya sea en la cuna, el corral o fuera de éstos, por largos periodos de tiempo.
4. El niño muestra evidencias de cicatrices repetidas u otras lesiones.
5. Las lesiones del niño son tratadas inadecuadamente en términos de curación y medicamentosa, pese a repetidas explicaciones.
6. El niño parece estar desnutrido.
7. Al niño se le da en forma inapropiada su alimento, bebida o medicina.
8. El niño está vestido en forma inadecuada para las condiciones ambientales.

9. El niño muestra evidencias de descuido total.
10. El niño llora a menudo.
11. El niño es descrito como "diferente" o "malo" por sus padres.
12. El niño en efecto parece "diferente" en sus manifestaciones físicas o emocionales.
13. El niño toma para sí el rol del padre y trata de ser protector o de otra manera, cuida de las necesidades de sus padres.
14. El niño es muy destructivo o agresivo.
15. El niño es notablemente pasivo e introspectivo.
16. El padre o los padres no fomentan el contacto social.
17. Los padres parecen estar muy solos y no tener a quien llenar cuando la tensión trata de aflorar.
18. El padre parece incapaz de abrirse a alguien y contarle sus problemas; parece no creer en nadie.
19. El padre no hace intentos por explicar las lesiones más obvias u -- ofrece explicaciones absurdas y contradictorias.
20. Los padres parecen muy desinteresados de los problemas del niño.
21. El padre revela conocimiento inapropiado de la severidad de las condiciones del niño (acerca de las lesiones o abandono) y se concentra en lamentarse acerca de problemas irrelevantes inconexos con las lesiones y negligencia aparentes en su hijo.
22. Los padres culpan a hermanos o terceros por las lesiones del niño.
23. El padre muestra signos de pérdida de control o miedo de perderlo.
24. El padre se retrasa en llevar al niño a recibir atención médica, -- aún en caso de lesiones o enfermedad, o para chequeos de rutina.
25. El padre parece ocultar el uso de drogas o alcohol.
26. El padre tiene esperanzas poco realistas del niño.
27. El padre ignora el llanto del niño o reacciona ante éste con extrema impaciencia.
28. Los padres revelan en el curso de la conversación que él/ella fueron criados sin madre, en una atmósfera de desamor; que él o ella fueron descuidados o abusaron de ellos en su niñez; que crecieron bajo condiciones de dura disciplina con el sentimiento de que la -- rectitud debe imponerse en las mismas condiciones a sus propios hijos.
29. Los padres parecen estar en el límite de la inteligencia, psicóticos o psicopáticos (muchas personas poco conocedoras, pueden encontrarse en dificultades para hacer juicios de este tipo. Sería mejor para el observador notar si los padres exhiben el mínimo equipo intelectual para tratar al niño, si el padre es cruel, sádico, y si carece de remordimientos para sus acciones dañinas).

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

El diagnóstico de maltrato en los niños no es fácil de hacer, y puede causar dolor innecesario a los padres si se hace rápida y prematuramente, o basado solamente en sospechas. El diagnóstico debe hacerse, como mencioné, en base a la historia y a un examen físico completo.

En el diagnóstico diferencial, el médico debe descartar causas orgánicas o accidentales de las manifestaciones a nivel esquelético. Estas quizás se atribuyen a fracturas y lesiones asociadas con un prolongado y difícil desarrollo en la infancia. A menos que las causas de fracturas o dislocaciones sean debidas obviamente a trauma infligido, deben considerarse y descartarse padecimientos tales como el escorbuto, la sífilis, la hiperostosis cortical infantil, la osteogénesis imperfecta y la osteítis infecciosa, así como el trauma accidental.

Las lesiones esqueléticas en el examen radiológico, sean accidentales o infligidas son más frecuentemente confundidas con el escorbuto debido a la presencia de hemorragias subperiósticas osificadas. En el escorbuto, sin embargo, hay cambios característicos los cuales generalmente son diagnósticos. Una gran osteoporosis en imagen de vidrio despulido, delgadez cortical y sonoridad epifisiaria son hallazgos prominentes en este padecimiento. Es también importante recordar que el escorbuto casi nunca ocurre durante los cinco primeros meses de vida, cuando las lesiones traumáticas son más comunes.

En la hiperostosis cortical infantil uno ve generalmente la tendencia a la tumefacción debajo de los tejidos blandos, asociada con engrosamiento cortical esquelético. Este padecimiento se ve generalmente durante los tres primeros meses de vida. A los rayos X, la hiperostosis generalmente se detecta afectando maxilar inferior, clavículas, escápulas, costillas y huesos largos de las extremidades.

Las infecciones, incluyendo la tuberculosis y la sífilis pueden descartarse por la historia con antecedentes de infección, datos de laboratorio indicativos de la misma, estudios bacteriológicos y pruebas de la piel. Durante los primeros meses de vida, las lesiones óseas de la sífi-

lis congénita pueden semejarse a las debidas a golpes; sin embargo, las lesiones debidas a la sífilis son generalmente simétricas y están asociadas con estigma luético, además, la mejor guía será la confirmación mediante pruebas serológicas.

En la osteogénesis imperfecta, las manifestaciones usualmente son generalizadas con evidencia del desorden presente en los huesos de todo el cuerpo. Las fracturas en la osteogénesis imperfecta son generalmente de la diáfisis. La presencia de fracturas múltiples asociadas con escleróticas azuladas, deformidades esqueléticas y una historia familiar de anomalías similares, usualmente confirman el diagnóstico.

Los signos neurológicos, incluyendo la hiperreactividad y cambios en los reflejos de extensión con retardo en el desarrollo y el crecimiento pueden semejar un padecimiento orgánico-cerebral. El diagnóstico diferencial, sin embargo, es hecho fácilmente durante la admisión al hospital. Los signos y síntomas funcionales neurológicos rápidamente desaparecen, no así los hallazgos en los órganos del sistema nervioso.

El trauma accidental -frecuente en los niños- deberá ser siempre considerado, antes de hacer un diagnóstico de lesiones infligidas. Esta consideración a menudo prevendrá errores y acusaciones indeseables de los padres, quienes llevaron a su hijo a que recibiera atención médica.

El médico encargado del caso debe ser sensitivo acerca de la seriedad del diagnóstico y de las necesidades agudas del caso. Deberá reconocer que una evaluación diagnóstica minuciosa y completa es tan importante para estos niños como lo es en caso de fiebre de origen indeterminado, diabetes, cáncer u otro padecimiento.

Los médicos no necesitan ser expertos en el manejo de los niños maltratados, basta con que no menosprecien o minimicen un caso de abuso infantil, como no lo harían en caso de un tumor de Wilms o un linfoma. En ambas situaciones, el pronto reconocimiento y diagnóstico pueden salvar la vida.

C A P I T U L O

VIII

T R A T A M I E N T O

El tratamiento del niño maltratado y de sus padres, abarca los siguientes puntos:

HOSPITALIZACION. El objetivo de ésta es proteger al niño y poder -- evaluar la seguridad que representa su hogar. La razón que se les debe -- dar a los padres para la hospitalización del niño es que las lesiones -- necesitan estar bajo observación.

TRATAMIENTO DE LAS LESIONES. y DE LA DESNUTRICION. Una vez que se ha hospitalizado al niño, los problemas médicos y quirúrgicos deberán ser -- tratados en la forma habitual. En ocasiones es necesaria la ayuda de -- otros especialistas (cirujano plástico, ortopedista, etc.).

LOS PADRES. Mantener una actitud de acercamiento y de ayuda con los padres del niño, tal vez el inciso más difícil de lograr.

El cuidado de los padres maltratadores fue considerado en el pasado una responsabilidad del servicio social y esencialmente una carga de las agencias de beneficio público. Sin embargo, la tradicional intervención de la trabajadora social no ha sido del todo efectiva. Con el incremento de la concientización y conocimiento de por qué y cómo ocurre el maltrato del niño, ha habido un aumento en el interés, lo cual ha envuelto a -- otros profesionales y paraprofesionales (personal voluntario).

No hay respuestas fáciles para los problemas de la paternidad, especialmente cuando tratamos con un padre maltratador. Se requieren tiempo -- y experiencia para determinar los factores causales, tanto sociales como medioambientales que quizás se encuentren interviniendo en el mal funcionamiento paterno. Los factores sociales adversos podrían ser más el resultado que la causa psicológica de la actitud de estos padres. Si el -- médico carece de entrenamiento, tiempo e interés en averiguar cuáles son los factores responsables de la situación de abuso y maltrato al niño, -- una evaluación por la trabajadora social, el psicólogo, el psiquiatra, etc. son esenciales. Sin este tipo de datos es imposible desarrollar un programa racional para prevenir mayor abuso y abandono.

Para lograr un mejor funcionamiento paterno podríamos:

- a. Eliminar o disminuir el stress medioambiental o social.
- b. Disminuir el impacto psicológico adverso de los factores sociales en el padre.
- c. Reducir las demandas a las madres a niveles que estén dentro de su capacidad (ayuda mediante guarderías o ayudantes en el hogar).
- d. Proporcionar soporte emocional, estímulo, simpatía, instrucciones sobre cuidado materno y ayuda en aprendizaje para planear, asesorar y conocer las necesidades del niño.
- e. Resolver o disminuir el conflicto psíquico inherente (psicoterapia de apoyo).

Idealmente cada padre debería tener su plan de intervención, basado en la valoración de ciertos factores que incluyen:

1. Factores responsables de la disfunción paterna.
2. La severidad de la psicopatología paterna probable.
3. El pronóstico global para llevar a cabo una maternidad/paternidad adecuadas.
4. Estimación del tiempo para ejecutar significativos cambios en la habilidad de los padres.
5. Si la disfunción paterna se confina sólo a un niño o envuelve a otros.
6. Hasta qué punto el mal funcionamiento de la madre se extiende en sus papeles: como esposa, ama de casa, etc.
7. Hasta qué punto cuál de los padres funciona mal, ¿esta situación es aguda o crónica?
8. Hasta qué punto el mal funcionamiento se confina a los niños más pequeños en oposición con los mayores.
9. La buena voluntad de los padres para participar en el plan de intervención.
10. La capacidad de los recursos personales y físicos para implementar las varias intervenciones estratégicas.
11. El riesgo de que el niño sufra abuso físico mientras permanece en el hogar.

Lo mencionado anteriormente, en su mayoría impersonal, se dirige a ayudar a las personas envueltas en situaciones de maltrato. No puede proporcionarse ayuda hasta que no sea reconocida la situación por aquellos que pueden ayudar. Así pues, tenemos que hay tres personas implicadas, el padre maltratador, el padre no maltratador y el niño maltratado. El tratamiento debe dirigirse no sólo a los problemas de cada uno, sino a sus interacciones como un grupo familiar cuya situación crea la crisis.

Cuando un niño maltratado es traído para su atención médica, el primer paso dictado por la conciencia y mandado por la ley es separarlo de sus padres culpables. Entonces tiene lugar la investigación oficial. Todo esto sirve como una amenaza para el maltratador y aumenta su temor -- inicial y recelo a la figura de la autoridad a quien identificará con su propio y odiado padre. Para entonces, su actitud negativa puede impedir cualquier intento directo de psicoterapia individual y prevenir cualquier transferencia positiva con un terapeuta. Es aquí que un procedimiento -- intermedio quizás sea conveniente. Ciertos centros de tratamiento han -- instituido (en E.U.) un sistema de viviendas temporales para la madre -- y el niño, donde ella es educada y el padre es entrenado, sin que el niño deje de estar cerca de ellos. Ambos son gradualmente liberados de sus temores y miedos. La madre, en la experiencia educativa que nunca recibió cuando niña, aprende ahora a reaccionar ante su propio hijo.

Tan idílico como esto parece, y con tanto valor como lo tiene, este es sólo un paso preliminar y no representa la respuesta completa. Como -- en el caso de psicópatas, alcohólicos crónicos y farmacodependientes, la rehabilitación inicial bajo la protección de una institución quizá no -- dure lo suficiente. Posteriormente son necesarias terapia a largo plazo -- y vigilancia.

PSICOTERAPIA PARA LOS ADULTOS: El estudio del niño maltratado está fuertemente cargado de emociones, aún para el que observa o el que escucha. El psiquiatra debe ser lo suficientemente objetivo para controlar -- sus sentimientos de desaprobación y lograr una buena relación con sus pacientes. En primer lugar deben localizarse los conflictos internos del padre y no las interacciones padre-hijo. Si se preciona en esto último demasiado, el infantil padre narcicista sentirá temor por la competencia -- que el niño representa en la atención del terapeuta.

El psicoterapeuta debe usar mucho tacto y perspicacia en la ayuda -- inicial del paciente. Es un proceso difícil para el maltratador alcanzar a adentrarse en sus propios mecanismos patológicos y las razones para -- sus acciones. A través del entendimiento de su propio pasado y su reac -- ción a sus actitudes presentes y estilo de vida, se puede reconstruir -- su propia personalidad y reforzarla.

Tan importante como la terapia y catarsis para el padre maltrata - dor es la terapia de los padres no maltratadores. El primero quizás sea dominante, un esposo agresivo quien ha llevado a su esposa a la desesperación y a suplicar un medio de escape. Quizás sea un débil de carácter quien, careciendo de fuerza propia en su persona, no tiene fuerza moral u otro soporte para lo padecido. Quizás su empleo o un hábito alcohólico lo mantengan alejado de casa por mucho tiempo ya en horas extras. Así marido y mujer deben ser ayudados a entender al otro y sus problemas, a buscar tratamiento y a aprender a aceptarse uno al otro. Si esto puede realizarse, y si los padres pueden aprender las prácticas de crianza -- apropiadas para los niños, la familia no llegará a la crisis y el niño o los niños serán reabsorbidos dentro del grupo rehabilitado.

En casos de padres que rehusan una relación terapéutica uno a uno, puede intentarse su participación en un grupo de padres anónimos. Ahí - el hombre problema o la mujer pueden participar sus experiencias con -- otros padres maltratadores. Las confesiones mutuas, el intercambio de - expresiones, de actitudes y emociones y la crítica de ellos mismos y -- otros en el grupo, quizás proporcionen la catarsis individual necesaria. No debe subestimarse el papel de los trabajadores sociales como parte - integral del tratamiento. El maltratador, la familia, el niño maltrata - do son una parte de la sociedad. Hay parte legal, social y económica - implicada. El tipo de empleo de uno o ambos padres y el sostén financie ro de la familia es importante. Este y otros factores deben atenderse - y el paciente debe ser ayudado y cooperar con él.

Hemos visto ya que, en general la intervención necesaria para salvar al niño consiste en tratar a la familia. Quizá lo más importante es intervenir pronto, antes que las alteraciones físicas y emocionales tieren a repetirse y se hagan permanentes. Los niños que han sido forzados a modificar su carácter para satisfacer a los padres conservarán dicha - conducta en los años escolares, en su relación con los demás, sin poder cambiarla porque ignoran que es inadecuada. Permanecen aislados y bus - can que alguien satisfaga sus necesidades, de manera que quedan estable - cidas las bases para continuar el problema en la siguiente generación.

En las clases de escasos recursos económicos se suma el hecho de - que los padres reaccionan con gran violencia ante sus privaciones; ade - más su falta de adaptabilidad social limita la educacional y por tanto -

las oportunidades de empleo.

Lo más sorprendente es la facilidad con que casi todos los niños - maltratados aceptan los juicios distorcionados de sus padres y piensan, por ejemplo, que tuvieron que castigarlo y ahora se encuentra en proble mas porque ha sido "malo".

PSICOTERAPIA PARA EL NIÑO. Así, en el proceso de proporcionar todas las atenciones y terapia para los padres, el niño -la víctima inocente- no debe ser pasado por alto. Su psique tanto como su soma han sido traumatizados. La persona quien proporciona los cuidados de crianza- y de quien depende para su existencia, alternativamente lo acarició y lo dañó. El está confundido. A menudo llora para distraer o para demandar atención, más que por el castigo. El niño maltratado es un niño -- triste, ha aprendido a desconfiar aún antes de poder desarrollar la con fianza que nace de la gratificante dependencia. Para el niño y el adolescente ser queridos y educados son la única terapia. Para el preescolar, una terapia de juego psiquiátricamente dirigida, la educación, preparación y atención en una escuela maternal, llevan hacia un largo camino para el restablecimiento de las relaciones madre-hijo.

He mencionado ya la importancia de centros para el cuidado diario- del pequeño como respuesta para las madres con problemática emocional - y con un empleo que atender. Recordemos que la mejor madre, la madre -- más ajustada, llega a veces a exasperarse por la constante exposición - a las demandas y exigencias de su pequeño hijo.

Cuando un niño se encuentra muy lastimado, por maltrato de los padres, el ambiente popular en "virtuosa" indignación demanda no sólo el castigo para el agresor, sino también la separación del niño de éste. - Desafortunadamente ninguno de los "virtuosos" acepta cuidar y responsabilizarse del niño, ni hay ningún lugar -en nuestro medio- que haga de hogar o de otras facilidades de cuidado. Además, se ha encontrado que 0 a menudo el psique del niño, por la separación de su familia, puede resultar más dañado y en forma más permanente que su soma.

MANEJO CLINICO DEL ABUSO SEXUAL

El daño psicológico en el niño asaltado sexualmente se produce más

frecuentemente por las actitudes tras el descubrimiento inicial y por las acciones siguientes de investigación. El interrogatorio es muy emotivo. También el examen físico necesario para comprobar la penetración-lesión o posible evidencia de infección genital, es muy traumático.

Al igual que con el resto de niños maltratados, una buena relación médico-paciente es probablemente el factor crucial en el hecho de lograr la confianza del paciente para el consiguiente tratamiento.

Es la responsabilidad del médico explicar al niño y a los padres qué es lo que se espera del interrogatorio, el examen físico y los diversos procesos del tratamiento. Cualquier confrontación con los padres deberá ser simple, directa y no llevar a la angustia. Cuando es necesaria una confrontación, se deberá dar la oportunidad a los padres de expresar su versión de la historia. El médico puede encontrar necesario preguntar al niño como acontecieron los hechos o preguntárselo a los padres, en caso de que no hay un buen relato por las condiciones físicas y mentales del niño a su admisión al hospital. Deberán observarse los signos y sin tomas de trauma emocional.

El examen físico del niño y la descripción en una historia clínica completa son pasos importantes en la preparación del tratamiento. Es esencial que el personal médico tratante de un caso de abuso sexual infantil esté conciente de que todo documento -- más que ninguno la historia clínica--, llegará a ser documento legal que puede servir como evidencia importante en los posibles procedimientos de ley.

Antes de someterse a cualquier examen físico, el niño deberá saber en qué consiste éste. El consentimiento deberá obtenerse para todos los procedimientos lo mismo que para el tratamiento. Durante el examen mismo, la necesidad del niño de privacidad debe ser respetada. El niño deberá estar parcialmente cubierto mientras es examinado. Si tiene dolor o se encuentra en un estado de perturbación mental, el examen deberá posponerse y el niño será tranquilizado o aún sedado.

El médico deberá recordar la apariencia física del niño así como su estado emocional. El examen físico deberá incluir las evidencias descubiertas de trauma físico como hematomas, quemaduras, marca de mor-

deduras, laceraciones, abrasiones o lesiones del área genital.

El examen pélvico, en el caso de las niñas, deberá ser delicado e incluir una inspección cuidadosa de los genitales externos, la uretra, vagina, cérvix y ano. Las pruebas de laboratorio para detectar la presencia de semen son necesarias para sustentar el estupro o el incesto. Los procedimientos de laboratorio adicionales incluyen cultivos endocervical y rectal; deberá descartarse la posible existencia de padecimientos venéreos como la gonorrea, sífilis o el herpes genital. Se deberá sospechar el incesto en cualquier jovencita con antecedentes de vaginitis, inflamación pélvica o leucorrea.

Las salas de emergencia de los Hospitales deberían tener una determinada política administrativa especial para estos casos, desarrollando un protocolo para el examen y tratamiento de estos niños. Tanto en los casos de abuso físico así como abandono y en los que incluyen el abuso sexual; debe darse la atención por parte de un grupo multidisciplinario. De manera ideal el objetivo terapéutico debería ser la recuperación del ambiente familiar en su totalidad.

P R E V E N C I O N

RESPONSABILIDADES MEDICAS.

En primer lugar debemos concientizarnos acerca de que hay una carencia definitiva en la educación médica concerniente al Síndrome del niño mal - tratado.

Actualmente, estimulado por los recientes reportes de este problema-pediátrico, ha comenzado el proceso educativo en su afán de atraer la atención del estudiante de medicina hacia este síndrome, así como la del residente y el médico en su práctica diaria. Creo que este proceso educativo cambiará la incredulidad de muchos pediatras y ortopedistas para interpretar la negligencia como causa de trauma infligido. Las fracturas -- múltiples en diversas etapas de consolidación, las dislocaciones, hematomas subdurales, lesiones purpúreas de la piel, quemaduras severas, desnutrición inexplicable y falta de crecimiento son razones para sospechar -- y alertar el criterio médico.

Los médicos en su práctica particular deberían remitir los casos sospechosos de maltrato al hospital, para un estudio completo e investigación social. Si la hospitalización del niño no es practicable, el médico debería reportar el caso a las autoridades protectoras del niño en su localidad. Si el médico es un interno en un hospital, su trabajo le facilita el sospechar de abuso del niño, el pequeño debería admitirse al menos por una noche, lo justifiquen o no la severidad de las lesiones. Esto dará al médico la oportunidad de pedir a la trabajadora social del hospital que observe a los padres y obtenga su historia o versión de los hechos.

Las sociedades médicas deberían reevaluar su actitud ante este difícil problema y difundir información a los médicos, concerniente a este prevenible síndrome. Deberían darse medidas objetivas que los médicos --- puedan adoptar para proteger a los niños de mayor abuso y maltrato.

La siguiente guía puede auxiliar al médico antes de reportar los casos de maltrato:

ANTECEDENTES:

1. Edad característica (generalmente menores de tres años).
2. Salud general del niño (indicativa de descuido).
3. Distribución característica de las fracturas.
4. Desproporcionada cantidad de tejido blando lesionado.
5. Evidencia de que las lesiones ocurrieron en tiempos diferentes, con lesiones en diversas etapas de resolución.
6. Causa desconocida de traumatismo reciente.
7. Historia previa de episodios similares y visitas múltiples a -- diversos hospitales.
8. Los datos de lesiones previas a su admisión al hospital (tardanza en conseguir ayuda médica).
9. Llevar al niño al hospital por otras quejas asociadas con el abuso y/o abandono tales como cefalea, calosfrío, dolor estomacal.
10. Resistencia de los padres o tutores a dar información.
11. La historia relatada por los padres o tutores es generalmente -- opuesta con el cuadro clínico y los hallazgos físicos.
12. Reacción inapropiada de los padres ante la severidad de las lesiones.
13. Discordancia familiar o stress financiero, alcoholismo, psicosis, adicción a las drogas e historia social poco consistente - y variable.

EXAMEN FISICO

1. Signos de abandono en general, fallas en la alimentación, pobre higiene corporal, desnutrición, abandono, irritabilidad, personalidad reprimida.
2. Contusiones, abrasiones, quemaduras, inflamación de tejidos -- blandos, mordeduras, hematomas, daño ocular, antiguas lesiones cicatrizales.
3. Evidencias de dislocación y/o fracturas de las extremidades.
4. Síntomas inexplicables de abdomen agudo -estallamiento visceral.
5. Hallazgos neurológicos asociados con daño cerebral.
6. Coma, convulsiones, muerte.
7. Síntomas de drogadicción.

MANIFESTACIONES RADIOLOGICAS

1. Hemorragia subperióstica.
2. Separación epifisiaria.

3. Astillamiento perióístico.
4. Fragmentación metafisiaria.
5. Calcificaciones perióísticas por cicatrización previa.
6. Angulación de las metafisis.

Una vez que se ha decidido reportar el caso, el médico informa --rá con tacto a los padres del procedimiento, recalcando que es un medio de auxiliares en sus problemas. El médico deberá mitigar los sentimientos de criminalidad; cuando el médico actúa de manera objetiva --no enjuiciante, muchos padres tendrán sentimientos de alivio en vez --de rechazo. El hecho de reportarlos deberá llevar como finalidad el --ayudar a esta multiproblemática familia, no el intensificar una situación familiar explosiva.

Respecto a la concientización médica, los seminarios acerca del --abuso infantil deberán estimularse, proporcionándolos especialmente --a los internos y residentes con el fin de darles la información necesaria.

Por otro lado, la comunidad y las agencias de protección infantil tienen serias responsabilidades en este caso, tales como la identificación y el diagnóstico del niño maltratado; el proporcionar terapia multidisciplinaria, un sistema de soporte humano, un programa educativo --que no sólo asegure la concientización del público, sino que proporcione los profesionales para el cumplimiento de sus responsabilidades respectivas. La prevención primaria es también una importante responsabilidad de la comunidad. En esta área las disciplinas legal, social y médica deben ofrecer sus recursos y trabajo integrándolos y en forma ordenada lograr un control más efectivo de la incidencia creciente del --maltrato del niño. Para llevar a cabo cualquier evento en el área de --la prevención, los programas masivos de cuidados paternos y familiares deben desarrollarse e implementarse.

Otros esfuerzos que pueden proporcionar efectivos servicios preventivos incluyen:

- 1) Establecimiento de las líneas rojas o de "emergencia", semejando las de la Organización llamada CALM (Child abuse listening mediation), iniciada en 1970 en los E.U.

Estas funcionarán como un servicio para intervenir durante la crisis, proporcionando al angustiado padre un escape inmediato mediante el escucha. A la vez proporcionarán un medio de identificar a los padres necesitados de ayuda, remitiéndolos a un servicio de ayuda familiar.

- 2) Voluntarios. Son una importante ventaja en cualquier programa que trate con el problema del maltrato infantil; los requerimientos básicos de los voluntarios paraprofesionales incluirán el desarrollo maduro para llevar la vida y sobrevivir a las dificultades con estabilidad emocional, criterio cordial, empatía, paciencia, honestidad y una capacidad básica de cuidado y buena voluntad para dar tiempo y ayuda a otros.
- 3) Entrenamiento a los padres dentro del sistema escolar. Establecer un curriculum que permitirá a la gente joven en la escuela primaria y secundaria el aprender las responsabilidades de los padres. Deberán incluirse cursos sobre el maltrato al niño para enseñar a los estudiantes que han sido maltratados a reconocer su violencia potencial y por tanto prevenirse con asistencia profesional. El proporcionar experiencias educativas a los padres de los jóvenes ayudará a restablecer la estabilidad de la unidad familiar. Dentro de nuestra comunidad, los cursos de entrenamiento formal para los padres son inexistentes. Esta es una de las grandes deficiencias de nuestro tiempo puesto que no ofrecemos experiencia o entrenamiento a quienes van a ser padres.

Una mayor área de prevención está en la educación sexual, a través del conocimiento sexual físico y en general de la sexualidad humana que incluya y enfatice el entendimiento de la vida familiar y los efectos a largo plazo y responsabilidades de la crianza de los niños.

Los adolescentes deben estar conscientes de que el sexo se complementa con lo emocional, con consecuencias físicas y sociales. La educación sexual en las escuelas deberá incluir entre otros puntos: valores familiares, aceptación de las responsabilidades que conlleva la sexualidad, estabilidad emocional en las relaciones maritales y buena voluntad para aceptar las consecuencias de nuestras acciones. Este tipo de educación comprensiva

va de la sexualidad humana puede llevar al verdadero desarrollo de necesidades de los adolescentes, quienes buscan su propia identidad sexual y no saben afrontar las responsabilidades que lleva aparejada el ser padre. No debemos olvidar a los que ya son padres, así, se deben hacer esfuerzos para proporcionar servicios de auxilio no sólo a los adolescentes sino también a los padres.

- 4) Los "visitadores de salud". En un esfuerzo por lograr la prevención primaria, los visitadores podrían proporcionar asesoramiento en la relación padre-hijo; aconsejar en los problemas comunes a los niños; proporcionar un enlace saludable para con los recursos de la comunidad y detectar las anomalías en el desarrollo del infante. El visitador de salud entraría en funcionamiento una vez que la joven madre haya salido del hospital tras dar a luz a su bebé, estableciendo así una fuerte unión entre los sistemas de vigilancia de salud tanto públicos como privados.
- 5) Establecimiento de centros familiares de atención diaria y aún de enfermeras para atención "de emergencia". Al proporcionar cuidado al niño permitirán a los padres obtener el alivio necesario para la presencia constante y presiones de su hijo que los orillan al maltrato.
- 6) Programas que estimulen la relación madre-hijo. Es decir, asistir a las jóvenes madres proporcionándoles una atmósfera hogareña en una residencia, mientras son asistidas en el desarrollo y aprendizaje de sus tareas maternas. Durante su estancia en la residencia, también se les daría la oportunidad de completar su educación o recibir algún tipo de entrenamiento de trabajo en un área en la cual se desarrolle y asegure un futuro empleo.
- 7) Protección para las "madres de alto riesgo" durante los periodos prenatal y posparto, lo que ofrece una oportunidad única para la intervención preventiva del maltrato al niño.

Creo en la importancia de la detección temprana durante-

los períodos prenatal y neonatal. Estos períodos ofrecen al -- observador una excelente oportunidad para estudiar las actitudes paternas, la estructura de la personalidad, los contactos sociales, el grado de comunicación interfamiliar, sus valores y sus grandes problemas. También se proporciona durante el período neonatal una oportunidad para valorar el comportamiento del infante recién nacido, tanto como las interacciones de los padres con el niño, las relaciones padre-madre y cualquier --- indicador de potencial violencia paterna hacia el niño.

La intervención durante las crisis sensitivas y los períodos de -- gran carga emocional pueden prevenir el dño paterno y proporcionar un - apoyo para los padres que asegurará un mejor estado físico del niño así como mejor potencial emocional e intelectual en su desarrollo.

Algunas de las características del "alto riesgo" mencionado incluyen una historia de abandono o abuso durante la niñez, embarazo en la - adolescencia, problemas financieros, aislamiento emocional, etc.

Nuestro deber para con los niños se inicia así, con el embarazo de la madre, sus sentimientos hacia éste y su ansiedad y temores durante - el período prenatal. Este tipo de atención hacia las necesidades matern_{as} juega un importante papel en el proporcionar "la maternidad" neces_{aria} y esencial durante la infancia para asegurar una saludable interacción entre madre e hijo.

A pesar de que el recién nacido no conoce o reconoce a su madre du_{rante} las primeras semanas de vida, el desarrollo del niño se inicia en estos momentos y en los meses siguientes. Esta fase del proceso de desa_{rrollo} se considera la "etapa de grabación": cada vez que la madre sonríe cuando lo carga, lo conforta, lo ama en una palabra, lo hace sentir una agradable experiencia de cuidado; la relación que se establece entre madre e hijo proporciona satisfacción mutua y provee al pequeño de la experiencia que requerirá en el futuro para responder en forma satis_{factoria} como adulto.

Así, se considera que cualquier programa que busque verdaderamente ayudar a eliminar el maltrato en el niño debe iniciarse con la educación y el entrenamiento de los futuros padres. Los programas educativos no - deberán contener solamente los aspectos físicos del embarazo y nacimiento, sino que deberán incluir explicaciones acerca del impacto emocional y psicológico que éstos tienen para los padres.

C A P I T U L O

X

A S P E C T O L E G A L

Con objeto de lograr una orientación final hacia un aspecto aparentemente distante para el médico. El L^c. Carlos Heredia Jasso escribió un artículo el cual fue originalmente publicado en forma de folleto, por la Barra Mexicana de Abogados y el INSS, en el cual centra el Síndrome del niño maltratado en el problema de la patria potestad y cuál ha sido su -- evolución hasta su regulación actual en el Código Civil en vigor en el -- Distrito y Territorios Federales.

Como breve resumen histórico tenemos que, la Patria potestad en el antiguo Derecho Civil concedía al padre poderes de vida y muerte sobre -- los hijos, la esposa y los nietos.

La Ley de las XII Tablas de Roma (en el siglo V antes de Cristo), -- constituyó el primer freno a los excesos en el ejercicio de la patria po -- testad.

El Derecho continuó una larga evolución en la que se hace patente -- cómo se han venido realizando logros del autoritarismo hacia la libera -- ción de la mujer, el hijo, los súbditos y en la interpretación de los -- dogmas.

Ya para el siglo XVI podía estimarse que la patria potestad no era -- ni absoluta ni perpetua y que la autoridad conferida al padre sobre el -- hijo era para que cumpliera mejor sus deberes hacia él. Se entendía que -- el padre tuviera autoridad sobre la persona y los bienes del hijo, sólo -- hasta que éste pudiera conducirse por sí mismo.

Conviene señalar que en México, el Código Civil de 1870, la Refor -- ma de 1884, la Ley de Relaciones Familiares y el Código Civil en vigor, -- se inspiraron en la legislación y Jurisprudencia francesa y, básicamente, -- en el Código Civil de Napoleón en 1808.

En el Código Civil vigente a partir de agosto de 1928 en México, se -- siguió a Francia, donde entró en vigor una ley en beneficio de los hi -- jos maltratados, o moralmente abandonados, así se suaviza el rigor de la -- patria potestad, estableciéndose que ésta se perderá cuando quien la --

ejerce sea condenado dos o más veces por delitos graves; "cuando por las costumbres depravadas de los padres, malos tratamientos, o abandono de -- sus deberes, pudiera comprometerse a la salud, la seguridad o la moralidad de los hijos, y finalmente, por la "exposición" que el padre o la madre hicieran de sus hijos, o porque los dejen abandonados por más de seis meses".

En los que respecta al capítulo penal por el delito de lesiones tenemos que, en la legislación romana no se encontró una ubicación única para el delito de lesiones.

En el Código Penal de 1871, en su artículo 511 se define la lesión como toda alteración en la salud y cualquier otro daño que deje huella material en el cuerpo humano, producido por causa externa. Este concepto pasó como tal al Código Penal de 1929 en su artículo 934, enmarcándolo dentro del Título llamado de los "delitos contra la vida", y ya para 1931 mejora haciendo más adecuado a su contenido "delitos contra la vida y la integridad corporal".

En los E.U., a partir de 1960 se promulgaron leyes especiales a fin de proteger a los médicos y trabajadores sociales, de los delitos de calumnia o difamación, cuando éstos daban a conocer a las autoridades policíacas y penales el maltrato a los niños. También, en una reunión del Departamento de Salud, Educación y Bienestar del Niño, en enero de 1962, se pusieron en consideración las medidas para prevenir el abuso físico de niños y jovencitos y se propusieron ciertas recomendaciones. Se presentó a consideración la revisión del posible reporte de los casos de maltrato hecho por los médicos. Fue acordado que el objetivo de reportar estos casos debería ser lograr la protección del niño, más que emprender acción legal contra los padres involucrados.

El primer estado que los decretó como ley fue California. Bajo las leyes de California, doctores, administradores de hospital y farmacéuticos están obligados a reportar a los medios legales ciertos tipos de lesiones "las cuales hayan sido infligidas sobre una persona en violación -

de cualquier ley penal estatal" así mismo se define como delito "la crueldad premeditada hacia el niño" y es felonía "la lesión traumática infligida sobre una mujer o niño"

Esta ley fue aprobada hace varios años, pero fue inoperante hasta que las técnicas de diagnóstico fueron desarrolladas y las cuales revelaron lesiones en varios estadios de resolución detectadas a los Rayos X. Actualmente hay leyes que reportan el abuso al niño en los 50 estados y el distrito de Columbia que obligan a los médicos, enfermeras, osteópatas, maestros, odontólogos, trabajadores sociales y administradores hospitalarios a reportar los casos de abuso al niño observados en el curso de su práctica profesional. Quien reporta el caso tiene inmunidad garantizada de daño por falsa acusación. La mayoría de los abogados abogan a los privilegios de la relación médico paciente y esposo-esposa como factores para excluir las evidencias.

Es necesario recalcar que deben tomarse primero las medidas para proteger al niño por cualquier medio posible pero, al mismo tiempo deben tomarse medidas para proteger a muchos de los padres de castigos y persecución criminal, ya que esta acción punitiva no es correcta en el caso del maltrato infantil. La psicodinámica que envuelve las acciones de estos individuos debe ser estudiada y evaluada antes de tomar acto persecutorio y castigo.

Si la persecución criminal de los padres se usa prematuramente puede llevar a que éstos no obtengan la atención médica necesaria o quizás que no la acepten del todo por temor a la demanda legal y sus consecuencias.

Al llegar a esta última parte del trabajo, somos conscientes de la -- gran importancia del problema tratado y de la necesidad urgente que apremia a todos, en especial a aquellos que de alguna manera son responsables de la detección, atención y trato jurídico en lo referente a todos los aspectos relacionados con el Síndrome del "Niño maltratado".

El debido cuidado de estos niños privados ya no solo del afecto de -- quienes los han traído al mundo, sino de sus congéneres al no percatarse -- que están siendo futuros victimarios de generaciones venideras, que como -- al principio mencionamos el producto de una sociedad aún desconocida que -- tendrá que lamentar lo que a estos niños les está sucediendo en el presente.

Debo mencionar que lo anterior no es únicamente un acto natural de -- humanidad, sino también algo de esencial importancia para el bienestar -- mental y social de la comunidad humana.

El número de niños y niñas víctimas de abandono y maltrato y de la -- miseria en todos los países, huérfanos absolutos o semihuérfanos, hambrientos, desorientados, o enfermos, asciende a millones, estos niños deben ser recogidos y educados.

La única solución consiste en crear a gran escala hogares, colonias, -- casas de familia, organizándolo todo del mejor modo para regenerar física- y moralmente a esta infancia, evitando los fracasos infantiles.

- 1.- Alan P Sandler, M. D., M.P.H. Vicent Haynes, M. D.
- 2.- Alvin A Rosenfeld, M. D.
THE CLINICAL MANGEMENT OF INCEST AND SEXUAL ABUSE OF CHILDREN
JAMA., Vol. 242, No. 16 1979
- 3.- Aranda Torrelío Eduardo. Casanovas Vargas Marfa del C.
SINDROME DEL NIRO MALTRATADO. Revisión preliminar en un hospital
Boliviano.
Bol. Med. Hospitalario-Infantil. Vol. XXXVI. No. 5 1979
- 4.- Barbara Herjanic, M. D. Ronald P. Wilbois, M. D.
SEXUAL ABUSE OF CHILDREN. Detcción And management.
JAMA. Vol 239. No. 4 1978.
- 5.- Blumberg L. Marvin, M. D.
TREATMENT OF THE ABUSED CHILD AND THE CHILD ABUSER.
American Journal of psychoterapy. Vol. 31 No. 2 1977
- 6.- Caffey, J
MULTIPLE FRACTURES IN THE LONG BON ES OF CHILDREN SUFFERING FROM
CHRONIC SUBDURAL HEMATOMA.
American Journal Roentgenol., Vol. 56: 163 1946
- 7.- Chase. H. P. y Martin, H. P.
UNDERNUTRITION AND CHILD DEVELOPMENT.
New en I, J. Med., Vol. 282:934. 1979
- 8.- C. Henry Kempe. M. D.
SEXUAL ABUSE. ANOTHER HIDD EN PEDIATRIC PROBLEM: The pediatric 1977 C,
Anderson Aldrich lecture
Pediatrics., Vol 62 No. 3. 1978
- 9.- Charles R Hayman, M. D. Charlene Lanza, R. N.
SEXUAL ASSAULT ON WOMEN AND GIRLS.
American Journal. Obstet. Gynec. F I. 1971
- 10.- Crain, L. S. y Millor, G. K.
FORGOTTEN CHILDREN: Maltreated Children of mentally retarded parents
pediatrics, Vol. 61:130. 1978
- 11.- Daniel, S. Rowe, M. D. Martha F Leonard, M. D.
A HOSPITAL PROGRAM FOR THE DETECTION AND REGISTRATION OF ABUSED
AND NEGLECTED CHILDREN.
The New Engralnd Journal of Medicine Vol. 282, No. 17 1970

- 12.- David S. Folland, M.D. Ralph E Burke, B.S.
GONORRHEA IN PREADOLESCENT CHILDREN: An Inquiry into source of infection and mode of transmission.
Pediatrics. Vol. 6- No. 2. 1977
- 13.- Del Villar Ponce Juan P.
DEL CONTROL DEL NIÑO SANO COMO PARTE DE LA MEDICINA INSTITUCIONAL.
Bol. Med. Hosp. Infant. Vol. XXXV No. 5 1978
- 14.- Feigelson Chase Naomi
UN NIÑO HA SIDO GOLPEADO.
Edit Diana, 1a. edición. 1979
- 15.- Fiser, R. H.; Kaplan, J. y Holder, J. C.
CONGENITAL SYPHILIS MIMICKING THE BATTERED CHILD SYNDROME
Clin. Pediatric., II:305, 1975
- 16.- Fontana, Beharov.
THE MALTRATED CHILD. The maltreatment syndrome in Children ' A Medical legal and social guide.
Charles C. Thomas Publisher.
Fourth edition, 1979
- 17.- Friedman, S.B. y Morse, CW.
CHILD ABUSE: A five years follow- up of a early case finding in the emergency department.
Pediatrics, 54:404, 1974
- 18.- Glen M. McCray, M.D.
EXCESSIVE MASTURBATION OF CHILDHOOD: A symptom of tactile Deprivation?
Pediatrics. Vol. 62. No. 3. 1978
- 19.- Hunter R. S.; Kilstrom, N. Kraybill, E. N. y Loda, F
ANTECEDENTS OF CHILD ABUSE AND NEGLECT IN PREMATURES INFANTS:
A prospective study in a Newborn intensive care unit.
- 20.- Ida I. Nakashima, M. D. Gloria E Zakus, M.S.W.
INCEST: Review and Clinical experience.
Pediatrics. Vol. 60 No. 5. 1977
- 21.- John D Nelson, M.D.
GONORRHEA IN PRESCHOOL AND SCHOOL- AGED CHILDREN.
Jama. Vol. 236. No. 12 1976
- 22.- Larry B. Silver, M. D.
CHILD ABUSE LAWS-ARE THEY ENOUGH ?
JAMA. Vol. 199, No. 2 1967
- 23.- Lucy S. Crain, M. D. M.P.H.
FORGOTTEN CHILDREN: Maltreated Children of Mentally Retarded Parents
Pediatrics. Vol. 61. No. 1 1978

- 24.- Marcovich Jaime
EL MALTRATO A LOS HIJOS.
Editorial Edicol, Ia. Ed. 1978
- 25.- Newberger, E. H.; Reed, R. B.; Daniel, J. H. y cols.
PEDIATRIC SOCIAL ILLNESS: Toward an etiologic classification
Pediatrics., 60:178, 1977
- 26.- Nixon, J. Pearn, J.
NON ACCIDENTAL IMMERSION IN BATH WATER: Another aspect of
Child abuse.
Br. Medical Journal, Vol. 1: 271, 1977
- 27.- P. BITTELHEIM. Bruno.
PSICOANALISIS DE LOS CUENTOS DE HADAS.
Edit. Critica, Grijalbo, 1977.
- 28.- Sola Mendoza Juan.
Puericultura: "EL MALTRATO FISICO" Síndrome del niño golpeado.
Edit. Trillas. 1979
- 29.- Autores varios.
Yo, EL NIÑO. LOS PARAMETROS DE LA NORMALIDAD. LA INFLUENCIA
DE LA SOCIEDAD LA CONTAMINACION SOCIAL. LOS AGREDIDOS.
Atención Médica, Edición especial. 1979.