



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

Facultad de Medicina
División de Estudios de Posgrado.
Departamento de Psiquiatría, Psicología
y Salud Mental.

“CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRAFICAS DE LOS PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE SÍNDROME DEL NIÑO MALTRATADO, MANEJADOS EN EL INSTITUTO NACIONAL DE PEDIATRÍA”

TESIS

Que para obtener el Título de Especialista en Psiquiatría

Presenta:

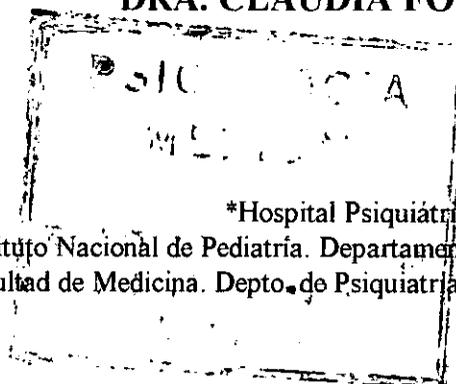
DR. MARTIN ANTONIO SILERIO SALGADO*.

Asesor teórico:

DRA. DIANA MOLINA VALDESPINO**.

Asesor metodológico:

DRA. CLAUDIA FOUILLOUX MORALES***.



294378

*Hospital Psiquiátrico “Fray Bernardino Alvarez” S.S.A.

** Instituto Nacional de Pediatría. Departamento de Psiquiatría y Psicología. S.S.A.

***Facultad de Medicina. Depto. de Psiquiatría, Psicología y Salud Mental. UNAM.

200/



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA MEDICA, PSIQUIATRIA Y
SALUD MENTAL

Título:

Alumno:

TUTOR TEORICO

TUTOR METODOLOGICO

Dr.

Dr.

TESIS PARA OBTENER EL DIPLOMA DE "ESPECIALIZACION EN
PSIQUIATRIA".



DIVISION DE ESPECIALIZACION
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA
U. N. A. M.

AÑO:

AGRADECIMIENTOS :

A MIS PADRES Y HERMANOS :

POR SU CONFIANZA Y CARIÑO

A MI ESPOSA COCO :

POR SU PACIENCIA Y LEALTAD

A MI HIJA ANA KAREN :

FUENTE DE SUPERACION

A MIS MAESTROS :

ESPECIALMENTE A LA DRA. DIANA MOLINA Y AL DR. OSCAR
SANCHEZ QUE HICIERON POSIBLE ESTE ESTUDIO Y A SU
GRAN APOYO Y AMISTAD.

INDICE.-

	página.
Resumen	2
Antecedentes	3
Conducta Agresiva	4
Intervención Médico-Psiquiátrica	5
Definición	7
Elementos básicos	7
Características del agresor	7
Características del niño	8
Factores desencadenantes	9
Determinación del diagnóstico	9
Epidemiología	12
Justificación y objetivo	15
Objetivo	15
Material y métodos	15
a.- Tipo de diseño	15
b.- Instrumentos	16
Análisis estadístico	21
Resultados	21
Discusión	27
Conclusiones	29
Bibliografía	30

RESUMEN.-

El siguiente estudio presentado es de tipo escrutinio, transversal, retrospectivo y descriptivo, que se llevó a cabo en el servicio de psiquiatría del Instituto Nacional de Pediatría. El objetivo fué describir las características sociodemográficas de estos pacientes, de las cuales se registraron las siguientes variables sociodemográficas: sexo, edad, lugar de origen, escolaridad, ocupación, número de hijo, tipo de producto, circunstancias al nacimiento, antecedentes previos, tipo de maltrato, Dx médicos.

El estudio se realizó a través de la revisión de los expedientes del archivo clínico en el período comprendido de Enero de 1993 a Enero de 1997; que hayan sido canalizados a la clínica de maltrato infantil del INP.

Todos los casos incluidos contaron con una evaluación psiquiátrica completa, realizada por el especialista en Psiquiatría Infantil, encargado de la clínica de maltrato. Se excluyeron todos aquellos expedientes en que la información fué incompleta.

ANTECEDENTES HISTÓRICOS.-

El maltrato infantil ha existido desde los albores de la vida y en todas partes del mundo (1). Es apenas durante los últimos 100 años que los derechos naturales de los niños han sido objeto de serias consideraciones. De ser una simple propiedad del padre, como cualquier otro bien, se empieza a reconocer gradualmente, el derecho del niño a la vida, a un cuidado razonable y a protección en contra de castigos crueles, así como de la explotación sexual (2).

Por sus características y la debilidad física inherente a su etapa de desarrollo, los niños son propensos a cualquier tipo de abuso. Abusar de la condición inerme del niño no es un problema reciente. Se cita en el Génesis como una justificación para agradar a Dios. En grandes civilizaciones antiguas, el infanticidio era considerado un medio para eliminar a todos aquellos pequeños que por desgracia nacían con defectos físicos.

En Esparta se arrojaba a la cima del "taigeto" a los pequeños, a los viejos y a los deformes ¿Quién no recuerda la matanza de neonatos ordenada por Herodes?. En China el límite de una familia eran tres hijos, del cuarto eran arrojados a los animales salvajes. En India los pequeños nacidos con ciertos defectos físicos, eran considerados instrumentos del diablo y eran destrozados.

El maltrato a los pequeños ha sido justificado por ciertas creencias religiosas. Los niños eran sacrificados por sus padres ante los altares de Diana, para eliminar al diablo de los pequeños epilépticos, se les arrojaba contra los árboles. Por otra parte Séneca señala "la explotación de los indefensas criaturas para la supervivencia de los padres por medio de la extracción de un ojo o la amputación de una pierna, con la finalidad de convertirlos en limosneros profesionales ... "hechos como estos pueden observarse hoy en pleno siglo XX. (18).

En la actualidad, reporta Estados Unidos existen de 50,000 a 60,000 casos anuales de maltrato a niños por parte de sus padres.

En Inglaterra, el último reporte indica 12,800 muertes por año. En otros países industrializados como Bélgica, Suiza, Dinamarca y Francia la toma de conciencia sobre este problema produce inquietud entre autoridades, médicos y público en general convirtiéndose de hecho en un problema universal.

CONDUCTA AGRESIVA.-

¿Es el comportamiento agresivo del hombre, producto de la época en que estamos viviendo? o como menciona[A1] Lorenz "El hombre difiere del animal por el hecho de ser el único primate que mata y tortura a miembros de su misma especie".

¿Como se explica uno la agresión incontrolada del adulto sobre el pequeño, en razón de su proximidad, de su debilidad, de su dependencia?... El niño ha sido siempre el origen de un prospecto humano ¿es esta agresión no adaptativa y no programada, sino genéticamente la que constituye el verdadero problema y el peligro para la existencia del hombre como especie?.(3).

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

Tanto para su detección como para su manejo es indispensable un amplio apoyo profesional así como la participación de la ciudadanía en general, si no se logra un interés y apoyo decisivo entre los médicos, seguiremos ejerciendo nuestro papel de país subdesarrollado, y tan sólo estaremos ligados a las tristes estadísticas de la patología de la pobreza (4).

En nuestro país es escasa la información científica en torno al síndrome del niño golpeado, sin embargo, son abundantes los casos a través de las notas periodísticas, y reportes televisivos. (5).

En Inglaterra, el último reporte indica 12,800 muertes por año. En otros países industrializados como Bélgica, Suiza, Dinamarca y Francia la toma de conciencia sobre este problema produce inquietud entre autoridades, médicos y público en general convirtiéndose de hecho en un problema universal.

CONDUCTA AGRESIVA.-

¿Es el comportamiento agresivo del hombre, producto de la época en que estamos viviendo? o como menciona[A1] Lorenz "El hombre difiere del animal por el hecho de ser el único primate que mata y tortura a miembros de su misma especie".

¿Como se explica uno la agresión incontrolada del adulto sobre el pequeño, en razón de su proximidad, de su debilidad, de su dependencia?... El niño ha sido siempre el origen de un prospecto humano ¿es esta agresión no adaptativa y no programada, sino genéticamente la que constituye el verdadero problema y el peligro para la existencia del hombre como especie?.(3).

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

Tanto para su detección como para su manejo es indispensable un amplio apoyo profesional así como la participación de la ciudadanía en general, si no se logra un interés y apoyo decisivo entre los médicos, seguiremos ejerciendo nuestro papel de país subdesarrollado, y tan sólo estaremos ligados a las tristes estadísticas de la patología de la pobreza (4).

En nuestro país es escasa la información científica en torno al síndrome del niño golpeado, sin embargo, son abundantes los casos a través de las notas periodísticas, y reportes televisivos. (5).

Resulta importante advertir, además que en los departamentos de archivos clínicos de los hospitales no figura clasificado tal diagnóstico. El síndrome del niño golpeado es solo una fría expresión para referirse a aquella situación de maltrato que incluye heridas graves, impedimentos al desarrollo normal, explotación sexual y abuso emocional. El intento de sacar a la luz estos problemas familiares es el primer paso importante que han dado las naciones de todo el orbe para mejorar tal situación. Por una parte, el hombre, como otras especies de animales, lucha contra su misma especie, pero por otra parte entre los millares de especies que luchan, es la única en que la pelea es destructora, y sin fines de supervivencia. El hombre es la única especie que asesina en masa, el único que no se adapta a su propia especie.

INTERVENCION MEDICA - PSIQUIATRICA.-

Al considerar el síndrome del niño golpeado debemos tener en cuenta que el médico tiene que valorar ambas partes de la diada; a la víctima y al agresor. Un terreno en el que se impone la necesidad urgente de conocimientos, es el referente a las características psiquiátricas y socioculturales de los agresores de nuestro medio.

Los profesionistas directamente implicados en tareas de bienestar social, los médicos en particular, tenemos la obligación de proteger a los infantes indefensos y diferenciar los accidentes de las lesiones infligidas por padres o tutores.

La intervención no debe limitarse solamente al niño lesionado, sino incluir a la familia, ya que el paciente forma parte de esta institución social y es muchas veces el síntoma de la patología familiar.

Los niños golpeados no son característicos de ninguna clase socioeconómica, el maltrato a los hijos no es una enfermedad de la pobreza, es una enfermedad de la humanidad. Nuestros niños, mas que nuestros recursos naturales son demasiados valiosos para desperdiciarlos. El futuro de los niños y el futuro de nuestro mundo son una misma cosa

Lejos estamos, en tiempo, de las descripciones de Tardieu (París, 1868), sobre las autopsias de niños golpeados o quemados. (1), o de las de Caffey (2) sobre los hallazgos radiológicos "extraños" en niños víctimas de lo que ahora conocemos como

Resulta importante advertir, además que en los departamentos de archivos clínicos de los hospitales no figura clasificado tal diagnóstico. El síndrome del niño golpeado es solo una fría expresión para referirse a aquella situación de maltrato que incluye heridas graves, impedimentos al desarrollo normal, explotación sexual y abuso emocional. El intento de sacar a la luz estos problemas familiares es el primer paso importante que han dado las naciones de todo el orbe para mejorar tal situación. Por una parte, el hombre, como otras especies de animales, lucha contra su misma especie, pero por otra parte entre los millares de especies que luchan, es la única en que la pelea es destructora, y sin fines de supervivencia. El hombre es la única especie que asesina en masa, el único que no se adapta a su propia especie.

INTERVENCION MEDICA - PSIQUIATRICA.-

Al considerar el síndrome del niño golpeado debemos tener en cuenta que el médico tiene que valorar ambas partes de la diada; a la víctima y al agresor. Un terreno en el que se impone la necesidad urgente de conocimientos, es el referente a las características psiquiátricas y socioculturales de los agresores de nuestro medio.

Los profesionistas directamente implicados en tareas de bienestar social, los médicos en particular, tenemos la obligación de proteger a los infantes indefensos y diferenciar los accidentes de las lesiones infligidas por padres o tutores.

La intervención no debe limitarse solamente al niño lesionado, sino incluir a la familia, ya que el paciente forma parte de esta institución social y es muchas veces el síntoma de la patología familiar.

Los niños golpeados no son característicos de ninguna clase socioeconómica, el maltrato a los hijos no es una enfermedad de la pobreza, es una enfermedad de la humanidad. Nuestros niños, mas que nuestros recursos naturales son demasiados valiosos para desperdiciarlos. El futuro de los niños y el futuro de nuestro mundo son una misma cosa

Lejos estamos, en tiempo, de las descripciones de Tardieu (París, 1868), sobre las autopsias de niños golpeados o quemados. (1), o de las de Caffey (2) sobre los hallazgos radiológicos "extraños" en niños víctimas de lo que ahora conocemos como

maltrato. No lo estamos tanto de los reportes clínicos de Kempe (3) Fontana (4), etc. que dieron pie a la definición del Síndrome del Niño Maltratado (SNM) como la serie de lesiones provocadas intencionalmente por adultos (padres, otros familiares, etc.) que presentan una problemática psicosocial e intrapsíquica que los hace incapaces de cuidar a dichos niños.

Las lesiones pueden ser de diversos tipos: Físicas, emocionales, mixtas, ser altamente complejas en su manifestación (ritualismo, síndrome de Munchausen, por contigüedad (5,6) , etc.) que provoca secuelas emocionales muy importantes, y que pueden llevar hasta la muerte. En el estado actual de conocimientos a este respecto, se ha escrito gran cantidad de información, se han desarrollado grupos de trabajo e investigación en muchos países, existe una sociedad Internacional para la prevención del abuso infantil, y por primera vez aparecen en las clasificaciones nosológicas, los diagnósticos de SNM: El manual Diagnóstico y Estadístico de las Enfermedades Mentales (DSM IV.) de la Asociación Psiquiátrica Americana, en su cuarta revisión, incluye un capítulo de problemas relacionados con el abuso haciendo énfasis que sea el adulto, el agresor, y la víctima infantil (7). El problema también está incluido en la clasificación Internacional de Enfermedades (C.I.E. 10) en los capítulos T 74.1 Z61 y Z62 (8) , lo cual habla del interés creciente en el conocimiento de esta enfermedad social y de triste pronóstico para el desarrollo infantil. Pese a todo lo anterior, estamos muy poco cercanos de conocer lo que realmente pasa en las familias donde el maltrato es una forma de vida, estamos también muy ignorantes de los complejos factores sociales, intrapsíquicos (tanto del victimario como de la víctima), económicos, y la manera en que estos se relacionan para dar lugar a esta obscura conducta, por desgracia tan específicamente humana.

Es necesario entonces insistir en las características clínicas del problema, en la difusión de nuevos conceptos que son frecuentemente modificados de las primeras ideas que sobre el SNM se tuvieron en los años 70's

DEFINICIÓN.-

De acuerdo con Kempe propuso El "Síndrome del niño golpeado", se define como "El uso de la fuerza física en forma intencional no accidental, dirigido a herir, lesionar o destruir a un niño, ejercido por un padre o de otra persona responsable del cuidado del menor. (2)

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS: Las lesiones son causadas generalmente por golpes con varias clases de artefactos, pero también se dan casos de criaturas que han sido quemadas, estranguladas, ahogadas, apuñaladas, mordidas, baleadas, sometidas a shock eléctrico o traumatismos, al ser arrojados a distancia.

Además de las manifestaciones clínicas características las lesiones suelen incluir hundimientos craneanos producidos por coscorrones o golpes en la cabeza , los cuales pueden producir daño cerebral, o bien fracturas múltiples de huesos que han provocado incluso la amputación de las manos o lesiones en las partes blandas o vísceras que revelan un sadismo inconcebible. Así mismo se ha podido comprobar cómo , aun hoy se practica en muchos países la deformación de los hijos para que inspiren lástima y puedan ser explotados por los padres como pordioseros mutilados, convirtiéndose el niño en "el triste depositario de la agresión incontrolada del adulto, en razón de su proximidad, de su debilidad , de su dependencia"... El niño ha sido y es un prospecto humano.

ELEMENTOS BÁSICOS.-

Sabemos que para que se presente el maltrato, deben interactuar agente, huésped y medio ambiente; esto es, debe existir un agresor, el niño, y determinantes o detonantes sociales.

CARACTERÍSTICAS DEL AGRESOR.-

Con mucho, es la madre quien, según diversos estudios (3,9,10) maltrata más y esto parece tener que ver con la forma particular de relación afectiva establecida con el hijo, incluso desde antes del nacimiento (11,12). El padre y otros adultos cercanos pueden

DEFINICIÓN.-

De acuerdo con Kempe propuso El "Síndrome del niño golpeado", se define como "El uso de la fuerza física en forma intencional no accidental, dirigido a herir, lesionar o destruir a un niño, ejercido por un padre o de otra persona responsable del cuidado del menor. (2)

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS: Las lesiones son causadas generalmente por golpes con varias clases de artefactos, pero también se dan casos de criaturas que han sido quemadas, estranguladas, ahogadas, apuñaladas, mordidas, baleadas, sometidas a shock eléctrico o traumatismos, al ser arrojados a distancia.

Además de las manifestaciones clínicas características las lesiones suelen incluir hundimientos craneanos producidos por coscorrones o golpes en la cabeza , los cuales pueden producir daño cerebral, o bien fracturas múltiples de huesos que han provocado incluso la amputación de las manos o lesiones en las partes blandas o vísceras que revelan un sadismo inconcebible. Así mismo se ha podido comprobar cómo , aun hoy se practica en muchos países la deformación de los hijos para que inspiren lástima y puedan ser explotados por los padres como pordioseros mutilados, convirtiéndose el niño en "el triste depositario de la agresión incontrolada del adulto, en razón de su proximidad, de su debilidad , de su dependencia"... El niño ha sido y es un prospecto humano.

ELEMENTOS BÁSICOS.-

Sabemos que para que se presente el maltrato, deben interactuar agente, huésped y medio ambiente; esto es, debe existir un agresor, el niño, y determinantes o detonantes sociales.

CARACTERÍSTICAS DEL AGRESOR.-

Con mucho, es la madre quien, según diversos estudios (3,9,10) maltrata más y esto parece tener que ver con la forma particular de relación afectiva establecida con el hijo, incluso desde antes del nacimiento (11,12). El padre y otros adultos cercanos pueden

también ser maltratadores, y no es raro que sea una conducta combinada. La vituperada madrastra no necesariamente es quien mas maltrata.

Como factor importante de estos padres, está la historia personal de privación, negligencia y abuso físico en su propia infancia, La edad , entre la segunda y tercera décadas de la vida, y un nivel socioeconómico bajo, son también factores encontrados frecuentemente aunque no excluyentes.

El consumo de alcohol u otros tóxicos aunque no es raro no necesariamente está presente en todos los casos, hay incluso discusión sobre si este es un factor a tomar en cuenta, ya que para algunos autores es uno de los datos de enfermedad psiquiátrica previa, y para otros es un problema psicosocial que agrava el problema pero no lo determina.

Un elemento importante que se observa también que hay sobre todo en las madres, dificultades en los procesos cognitivos, (aunque no necesariamente C.I bajo), o características de tipo psicótico. Todos estos elementos conforman una situación de aislamiento social muy importantes (13,14) que incluso evita que se busque ayuda cuando esta es disponible.

Por supuesto los factores mencionados no son por sí mismos determinantes del evento agresivo, sino la conuinación de éstos en un sujeto concreto, es lo que lleva a efectuar el maltrato.

CARACTERÍSTICAS DEL NIÑO.-

En los últimos años, con el desarrollo del estudios de las víctimas, se ha ido aprendiendo que éstas, no son objetos inertes sometidos al agresor, sino que también participan en un complejo proceso de victimización, que por supuesto es inconsciente, determinado por la relación vincular (relación temprana con la madre) que le tocó vivir , y que eso genera una demanda especial de atención que generalmente no es satisfecha, y que provoca la agresión adulta. Frecuentemente se encuentran como antecedentes educativos: disciplinas rígidas, ser colocados como chivo expiatorio, ridiculización, insensibilidad a las necesidades infantiles, etc. siendo también importantes la presencia de alteraciones físicas, enfermedades crónicas, Tx. del desarrollo como retraso mental,

también ser maltratadores, y no es raro que sea una conducta combinada. La vituperada madrastra no necesariamente es quien mas maltrata.

Como factor importante de estos padres, está la historia personal de privación, negligencia y abuso físico en su propia infancia, La edad , entre la segunda y tercera décadas de la vida, y un nivel socioeconómico bajo, son también factores encontrados frecuentemente aunque no excluyentes.

El consumo de alcohol u otros tóxicos aunque no es raro no necesariamente está presente en todos los casos, hay incluso discusión sobre si este es un factor a tomar en cuenta, ya que para algunos autores es uno de los datos de enfermedad psiquiátrica previa, y para otros es un problema psicosocial que agrava el problema pero no lo determina.

Un elemento importante que se observa también que hay sobre todo en las madres, dificultades en los procesos cognitivos, (aunque no necesariamente C.I bajo), o características de tipo psicótico. Todos estos elementos conforman una situación de aislamiento social muy importantes (13,14) que incluso evita que se busque ayuda cuando esta es disponible.

Por supuesto los factores mencionados no son por sí mismos determinantes del evento agresivo, sino la conuinación de éstos en un sujeto concreto, es lo que lleva a efectuar el maltrato.

CARACTERÍSTICAS DEL NIÑO.-

En los últimos años, con el desarrollo del estudios de las víctimas, se ha ido aprendiendo que éstas, no son objetos inertes sometidos al agresor, sino que también participan en un complejo proceso de victimización, que por supuesto es inconsciente, determinado por la relación vincular (relación temprana con la madre) que le tocó vivir , y que eso genera una demanda especial de atención que generalmente no es satisfecha, y que provoca la agresión adulta. Frecuentemente se encuentran como antecedentes educativos: disciplinas rígidas, ser colocados como chivo expiatorio, ridiculización, insensibilidad a las necesidades infantiles, etc. siendo también importantes la presencia de alteraciones físicas, enfermedades crónicas, Tx. del desarrollo como retraso mental,

trastornos por déficit de atención con hiperactividad y edades tempranas (lactantes y preescolares), que le impiden la huida o la denuncia (15,16).

En estos niños, se encuentran frecuentemente como psicopatología asociada a datos de Trastorno por stress post-traumático, rasgos paranoide y de desconfianza, pobre autoconcepto, propensión a la depresión y al comportamiento autodestructivo, dificultades en el control de los impulsos (15).

FACTORES DESENCADENANTES.-

Este es uno de los elementos a debate más importantes ya que hay que determinar si son las causas externas las que alteran la dinámica familiar, o los conflictos intrapsíquicos los que generan una distorsión en la manera de enfrentar los problemas de la vida cotidiana. Las corrientes psicodinámicas o sociológicas dan diferente valor a cada postura.

Innegablemente, es una situación de crisis la que determina este tercer factor: pérdida del trabajo, conflicto de pareja, muerte de un familiar, etc. y que por las características de personalidad de cada participante, es manejada de manera no exitosa (17). generando desadaptación aguda y la agresión agresiva.

DETERMINACIÓN DEL DIAGNOSTICO.-

Con el paso de los años, se ha aprendido que para atender esta problemática, se requieren equipos de trabajo donde se incluyan trabajadores sociales, médicos pediatras y psiquiatras, abogadas, enfermeras etc., pero dicha conformación de equipos no es tarea fácil (18).

En dichos grupos frecuentemente se dificulta el trabajo cuando no está clara la acción de cada uno de los integrantes de éste, la tarea específica que deben hacer, compitiendo entre sí y por ser los líderes del grupo.

Otro problema básico es como lograr hacer diagnósticos médicos, psicológicos y sociales, que posean entre sí un margen de certeza adecuado, y con la rapidez

suficiente que permita acciones inmediatas, jerarquizadas, que eviten el maltrato y de opciones a futuro, tanto para los niños como para las familias.

Podríamos intentar resumir las características diagnósticas como sigue:

- 1.- Pensar en este diagnóstico en cualquier niño lesionado.
- 2.- Elementos diagnósticos específicos (19).
 - a). retraso inexplicable para llevar al niño a tratamiento después de la lesión.
 - b). explicación poco probable o contradictoria.
 - c). historia incompatible con los hallazgos físicos.
 - d). historia de lesiones previas con características extrañas o sospechoso.
 - e). los padres culpan de las lesiones a otros.
 - f). los padres refieren que la lesión fué autoprovocada.
 - g). conocimientos de tratamientos previos por lesiones.
 - h). el niño acusa al cuidador de la lesión.
 - y). historia previa de abuso físico en los padres.
 - j). expectativas conductuales fuera de la realidad con respecto a los hijos.
 - k). falta de interés en los padres respecto a la lesión.

Hallazgos físicos.-

Pueden ser de gran diversidad (la crueldad humana alcanza refinamientos, sorprendentes y aterradores), sin embargo, por frecuencia, tanto de estadística extranjeras como nacionales (15,16). Podemos enlistarlas así:

- a). moretones en nalgas y región lumbar.
- b). moretones en región perigenital ó cara interna de muslos
- c). las lesiones están en diferentes niveles de evolución (corresponden a momentos diversos de agresión).
- d). moretones o lesiones con configuraciones especiales (por ejemplo lesiones circulares por cigarro).

- e). quemaduras de diversos tipos y grados.
- f). signos radiológicos típicos.
- g). cefalohematomas y otras lesiones de la cabeza de diversas magnitudes (provocadas por jalar del pelo).
- h). hemorragias intracraneales. (16) y otras alteraciones detectadas por T.A.C. (20).
- y). lesiones de orejas y de oído.
- j). lesiones oculares (tanto en su superficie como a nivel retiniano)

Evidentemente, las características mencionadas, son bastantes generales, pero están apoyadas por la frecuencia con que se presentan en todas las poblaciones que han sido reportadas. Cabe mencionar que es poco frecuente que el maltrato se de solamente en áreas físicas, o solo en cuanto a negligencia, siendo mas frecuente la combinación de agresores.

Actualmente se considera que la combinación de abuso físico, negligencia y agresión verbal, tiene un mayor impacto en el desarrollo general del niño, afectando su gusto ante la vida y su esperanza al futuro (21). y que entre mas tempranamente se dé esta combinación, mas negativo será el pronóstico de estos niños. Así mismo, los conceptos que se tenían en años previos, sobre la posible determinación de factores de riesgo, se han ido modificando, por ejemplo, Finkelhor (22) desarrolló una lista de factores de riesgo para el abuso sexual infantil, y en la actualidad, dichos factores están siendo particularmente revisados como factores predictivos reales, (23), lo cual permite tener conocimientos mas profundos acerca del desarrollo de la psicopatología, pero también de lo que se ha dado en llamar factores protectores (24,25).

EPIDEMIOLOGIA.-

En cuanto a algunos datos epidemiológicos que pudieran ser relevantes, tenemos los hechos de que en todos los países hay un sobre porte de casos, más en aquellos, como el nuestro donde las cifras estadísticas son poco confiables Sabemos que es un problema pediátricos, psiquiátrico y social, de gran envergadura, y que dependiendo los países, se habla desde 5 hasta 8 casos por 1000 (15), pero que los casos no reportados exceden con mucho a los reportados. Y en E.E.U.U. en 1986 se reportaron de 2 a 3 mil muertes, en nuestro país, la casuística reportada por el Instituto Nacional de Pediatría de 173 pacientes hasta 1991 era de 4% de muertes. (9).

A unos cuarenta años de las descripciones modernas de este problema viejo y al parecer permanente, debemos dar un paso adelante del panorama de casos sensacionalistas y espectaculares con que en nuestro País se inició el estudio formal del SNM (26), que por chocantes horrorizaban a la opinión pública.

Debemos profundizar los conocimientos sobre el triángulo, niño, agresor, detonador, sobre las formas tempranas de establecimientos de relaciones objétales (madre hijo), que cada vez se observan más como los determinantes de conducta futuras, y saber más sobre algunos de los determinantes biológicos de la agresión.

Lo anterior debe determinar medidas preventivas, y cualquier estrategia en este sentido deberá hacer énfasis en las características de los equipos de trabajo, y la indispensable concepción de que nadie puede lograr nada, si lo intenta solo en este movedizo campo de trabajo.

Por lo anterior, es evidente que el problema trasciende al modelo médico tradicional, se requiere un cambio de fondo con una nueva política de salud pública, en donde la prevención de los factores que llevan al maltrato sea una acción real de mejoramiento económico, cultural, social, y no solo la búsqueda de limitar las lesiones físicas y psiquiátricas como única forma de ayuda para estos niños. (27).

Según el National Committee for the Prevention of Child Abuse, en 1982 se registraron en los servicios sociales públicos unos 3 millones de casos de abuso y negligencia de la infancia, aproximadamente 1 millón fueron comprobados. Cada año se registran entre 150 000 y 200 000 casos nuevos de abuso sexual. Se estima que 1 de cada 3-4 niñas sufrirá algún tipo de abuso sexual antes de los 18 años, y 1 de cada 7-8 niños sufrirá algún tipo de abuso sexual antes de los 18 años.

En cuanto al abuso físico, el 32% de los niños afectados son menores de 5 años, el 27% están entre los 5 y 9 años, el 27% entre los 10 y 14 años; y el 14% entre los 15 y 18 años. Más del 50% de los niños que sufren abusos o negligencias fueron niños prematuros o nacieron con un peso por debajo del normal.

Los progenitores que se han criado en ambientes donde predominaron los castigos corporales severos y trato cruel, pueden continuar con la tradición de abuso con sus propios hijos. El abuso de sustancias o alcohol en los padres incrementa la probabilidad de que los niños sean tratados de forma negligente y abusiva. Algunas circunstancias externas como desempleo, dificultades económicas, problemas de vivienda incrementan los niveles de estrés en familias vulnerables, potencializando el abuso y la negligencia. Los padres que sufren depresiones, psicosis o trastornos graves de la personalidad pueden considerar que sus hijos son malos o están intentando volverles locos.

la persona que perpetra el abuso, es con más frecuencia la madre que el padre. Uno de los progenitores suele ser el ejecutor activo de los malos tratos, y el otro acepta pasivamente estas conductas o en casos graves participa como cómplice activamente. (28).

En palabras de Ruth y Henry Kempe (3) podría estar la dirección de los esfuerzos de los equipos de atención a los niños maltratados:

“Aunque nos sintamos a veces pesimistas sobre si seremos capaces algún día de proporcionar a todos los niños la iniciación de vida que se merecen, es importante no

infravalorar los enormes adelantos que se están realizando actualmente. No debemos pues, desmoralizarnos ni dejar de seguir avanzando. En último término, el futuro de nuestros niños y el futuro del mundo son una misma cosa”.

JUSTIFICACION Y OBJETIVO.-

JUSTIFICACIÓN.-

El Síndrome de maltrato es una entidad frecuente, por lo que es sumamente difícil de precisar el diagnóstico de certeza, y han sido poco estudiadas las características de la población, lo que es frecuente en nuestro país. A fin de conocer factores que probablemente se consideren de riesgo, y el poder diseñar estrategias de detección más específicas.

OBJETIVO.-

Describir las características sociodemográficas de los pacientes diagnosticados como Síndrome del Niño Maltratado, durante un período de cuatro años (1993-1997), manejados en el Instituto Nacional de Pediatría.

MATERIAL Y METODO.-

Se revisaron todos aquellos casos registrados con diagnóstico de Síndrome del Niño Maltratado en el archivo del Instituto Nacional de Pediatría, en el período comprendido de Enero de 1993 a Enero de 1997.

Cabe aclarar que todos los casos incluidos se contó con una evaluación clínica psiquiátrica completa, realizada por el especialista en Psiquiatría Infantil, encargado de la clínica de maltrato. Se excluyeron todos aquellos expedientes en que la información fue incompleta.

Se registraron las siguientes variables: sexo, edad, estado civil, raza y religión, en una cédula de recolección de datos (anexo 1)

TIPO DE DISEÑO.-

Se realizó un estudio de escrutinio, retrospectivo y descriptivo, a través de la revisión de expedientes clínicos.

INSTRUMENTOS.-

Se efectuó la captura de datos a través de una cédula:

anexo 1

EXPEDIENTE_____ FOLIO_____

DATOS DEL PACIENTE:

SEXO:_____

0= Masc.

1= Fem.

EDAD_____

LUGAR DE ORIGEN (___)

0= D.F.

1= Provincia Urbanizada

2= Zona Rural

NUMERO DE HIJO QUE OCUPA EN LA FAMILIA (___)

TIPO DE PRODUCTO (___)

0= No planeado, ni deseado

1= No planeado, si deseado.

2= Planeado y deseado por solo 1 padre.

3= Planeado y deseado por ambos padres.

CIRCUNSTANCIAS DEL NACIMIENTO ()

- 0= Fuera de unión legal
- 1= Motivo de unión legal
- 2= En matrimonio

ANTECEDENTES PREVIOS DETECTADOS DE RETRASO EN EL DESARROLLO PSICOMOTRIZ ()

- 0= No
- 1= Si

ANTECEDENTES PREVIOS DE ENFERMEDADES CRONICAS ()

- 0= No
- 1= Si

ANTECEDENTES DE SOSPECHA DE PSICOPATOLOGIA ()

- 0= No
- 1= Sospecha de hiperactividad
- 2= Datos de retraso mental
- 3= Datos de problemas conductuales
- 4= Otra

MOTIVO DE VALORACION HOSPITALARIA= _____

SERVICIO DE PRIMER CONTACTO= _____

SERVICIO QUE SOSPECHA MALTRATO= _____

LESION O SINTOMAS POR LA QUE SE SOSPECHA MALTRATO= _____

TIPO DE MALTRATO SOSPECHADO ()

- 1= Abuso sexual
- 2= Depravación
- 3= Maltrato físico
- 4= Sx. Munchausen por otorgamiento

CERTEZA DIAGNOSTICA POSTERIOR A LA EVALUACION PSIQUIATRICA ()

0= se descarto maltrato

1= fuerte sospecha de maltrato no corroborada

2= se corrobora maltrato

EN CASO DE MALTRATO:

TIPO DE MALTRATO CONFIRMADO ()

0= abuso sexual

1= privación

2= maltrato físico

3= Sx. Munchausen por otorgamiento

DATOS FAMILIARES:

TIPO DE FAMILIA EN QUE VIVE EL PACIENTE ()

0.1= nuclear casados

0.2= nuclear unión libre

1= fragmentada

2= extensa

3= reconstituida

4= segundo hogar del padre

5= madre soltera

ANTECEDENTES DE MALTRATO EN LA HISTORIA DE ALGUNO DE LOS PADRES ()

0= no

1= si

EN QUIEN ()

0= padre

1= madre

2= ambos

EDAD ACTUAL DEL PADRE O TUTOR ()

EDAD ACTUAL DE LA MADRE ()

ESCOLARIDAD DEL PADRE ()

ESCOLARIDAD DE LA MADRE ()

0= analfabeta

1= sabe leer y escribir

2= primaria incompleta

3= primaria completa

4= secundaria

5= preparatoria

6= técnico

7= licenciatura

OCUPACION DEL PROVEEDOR PRINCIPAL _____

EN CASO DE ABUSO DE ALCOHOL O SUSTANCIAS POR PADRES (O TUTORES) ANOTAR

CUAL _____ Y QUIEN _____

NUMERO TOTAL DE HIJOS ()

DATOS DE DISFUNCION FAMILIAR PREVIA ()

0= no

1= si

FRAGMENTACION FAMILIAR POSTERIOR AL DIAGNOSTICO ()

0= no

1= si

DEL PADRE () DE LA MADRE ()

CANALIZACION DEL PACIENTE ()

0= no

1= otros familiares

2= albergues oficiales

MALTRATADOR IDENTIFICADO ()

- 0= ninguno
- 1= padre
- 2= madre
- 3= hermano
- 4= tíos, primos o abuelos
- 5= pareja de alguno de los padres
- 6= amistad o conocido cercano
- 7= otros

EN CASO DE MALTRATO PARENTAL ANOTAR ACTITUD DEL CONYUGE ()

- 0= al parecer ignoraba lo que estaba pasando
- 1= denunció la existencia del maltrato
- 2= al parecer existía complicidad con el maltratador

DIAGNOSTICO PSIQUIATRICO DEL MALTRATADOR ()

- 0= ausente
- 1= positivo, realizado en la evaluación del INP.
- 2= positivo diagnosticado previamente

EN CASO DE SER AFIRMATIVO EL INCISO ANTERIOR, ESPECIFICAR _____

DIAGNOSTICOS MEDICOS (CONSECUENTES AL MALTRATO) REALIZADOS EN EL INP ()

- 0= ninguno
- 1= fracturas antiguas
- 2= TCE
- 3= lesión de vísceras
- 4= huellas de traumatismo corporal (equimosis, quemaduras, etc.).
- 5= lesión de genital o sangrado transvaginal
- 6= lesión anal
- 7= fractura reciente
- 8= otros.

EN CASO DE MUNCHAUSEN ANOTAR SINTOMAS SIMULADOS _____

COMENTARIOS:

ANÁLISIS ESTADÍSTICO.-

Se realizaron medidas de tendencia central, dispersión y descripción de frecuencias en computadora personal por el responsable con el programa estadístico S.P.S.S.

RESULTADOS.-

De un total de 65 expedientes revisados, 40 de ellos fueron confirmados como maltrato infantil. Encontramos referente al sexo del paciente que 23 fueron masculinos (57.5%), por 17 del sexo femenino (42.5%). Referente al medio donde habitan, el medio urbano, constituyó el mas frecuente con 26 (65%), por 14 del medio rural (35%). La media de edad fué de 7.1+/- 5, con un rango de 18 meses a 13 años de edad.

El tipo de producto mostró que 16 fueron no planeados ni deseados (40%), 13 fueron no planeados pero si deseados (32.5%), 11 fueron planeados y deseados por los dos padres (27.5%).

La media del número de hijos en la familia fue de 3.

Tipo de familia en que vive el paciente, 9 tuvieron familia fragmentada (22.5%), 1 familia extensa (2.5%), 5 familia reconstituida (12.5%), 3 segundo hogar del padre (7.5%), 7 madres solteras (17.5%), 7 nuclear casados (17.5%), 6 familia nuclear en unión libre (15%).

En 20 casos (50%) existió pérdida de la custodia; lo referente a la canalización del paciente hallamos que en 21 casos no hubo tal, quedando el niño bajo cuidado del

presunto agresor. (52.5%); en 10 casos se canalizó el niño a otros familiares (25%), y 9 pacientes fueron canalizados a albergues oficiales (22.5%).

Los antecedentes muestran retraso psicomotriz en 15 pacientes (37.5%), 7 mostraron antecedentes previos de enfermedades crónicas (17.5%).

El servicio donde se sospechó por primera vez maltrato, fué Medicina Interna Pediátrica con 31 pacientes (77.5%), urgencias con 3 pacientes (7.5%), ortopedia también con 3 pacientes (7.5%), cirugía, infectología y hematología con 1 paciente cada uno respectivamente (2.5)

El tipo de maltrato principal confirmado, encontramos la privación con un total de 21 pacientes (52.5%), 15 pacientes con maltrato físico (37.5%), y 4 pacientes con abuso sexual (10%).

Los diagnósticos médicos referentes a hallazgos físicos mostraron que en 26 niños había huellas de traumatismo corporal (equimosis, quemaduras, etc.). (65%), 9 con fracturas antiguas (22.5%), 8 con TCE (20%), 3 con lesión de genitales o sangrado transvaginal (7.5%), 4 con otro tipo de lesión, (10%); 1 paciente con lesión anal (2.5%), 4 con fractura reciente (10%) y en 1 no había diagnóstico médico (2.5%).

En lo referente a los antecedentes de disfunción familiar previa, encontramos con este diagnóstico en 26 casos (65%); en diagnóstico psiquiátrico del maltratador se encontró 1 caso positivo realizado a través de la evaluación del INP (2.5%); y en 2 casos el diagnóstico previo fué positivo (5%).

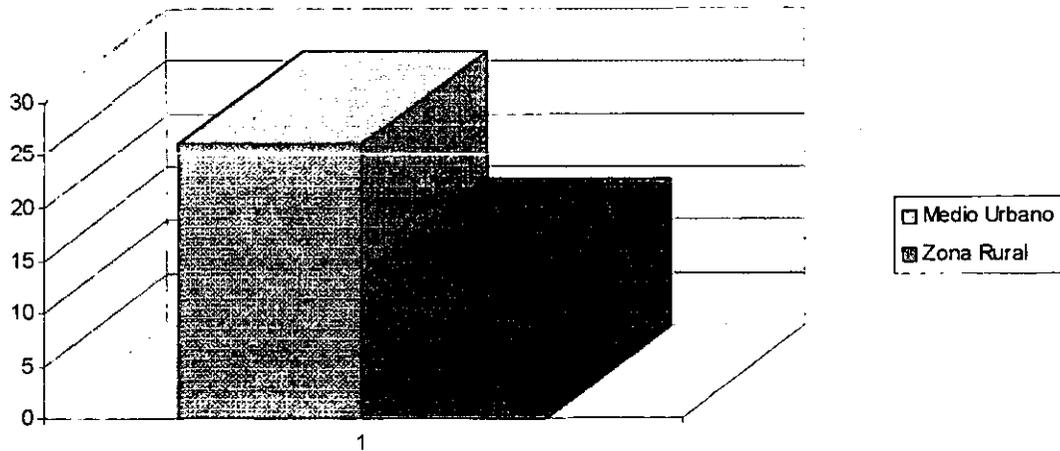
En 12 casos (30%) se encontraron antecedentes de maltrato en la historia de alguno de los padres.

El maltratador que más frecuentemente se encontró fué la madre en 11 casos (27.5%); en 2 casos fué el padre (5%); 1 caso fué el hermano mayor (2.5%); en 6 casos fué un pariente (tío, primo abuelo), en 5 casos otro tipo de agresor (15%); y con un 1 caso fueron la pareja de alguno de los padres y amistades o conocido cercano (2.5%). En 9 casos no se corroboró maltrato (23%). En 4 casos fueron ambos padres (10%).

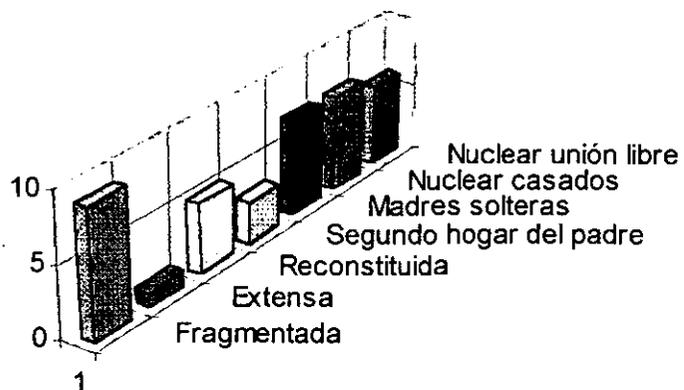
La denuncia del maltrato por alguno de los cónyuges fue en 1 caso (2.5%). En 6 casos al parecer existía complicidad con la pareja o cónyuge maltratador (15%). En 21 casos se fragmentó la familia posterior al diagnóstico (52.5%).

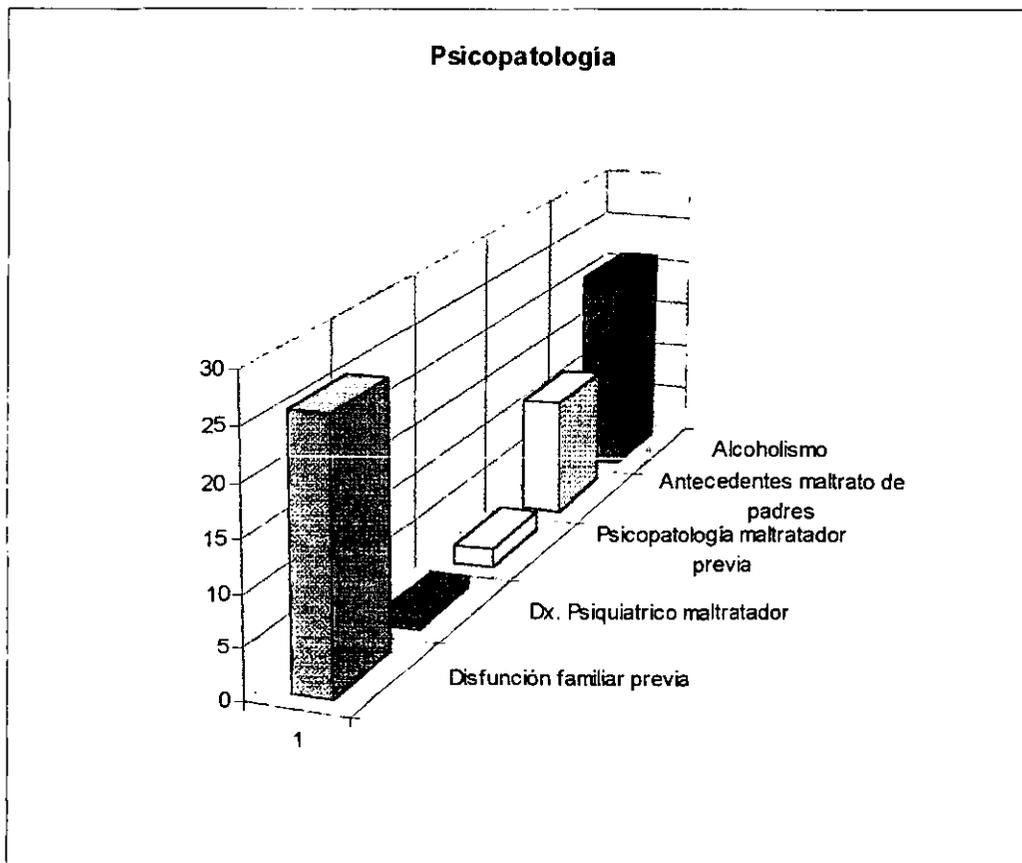
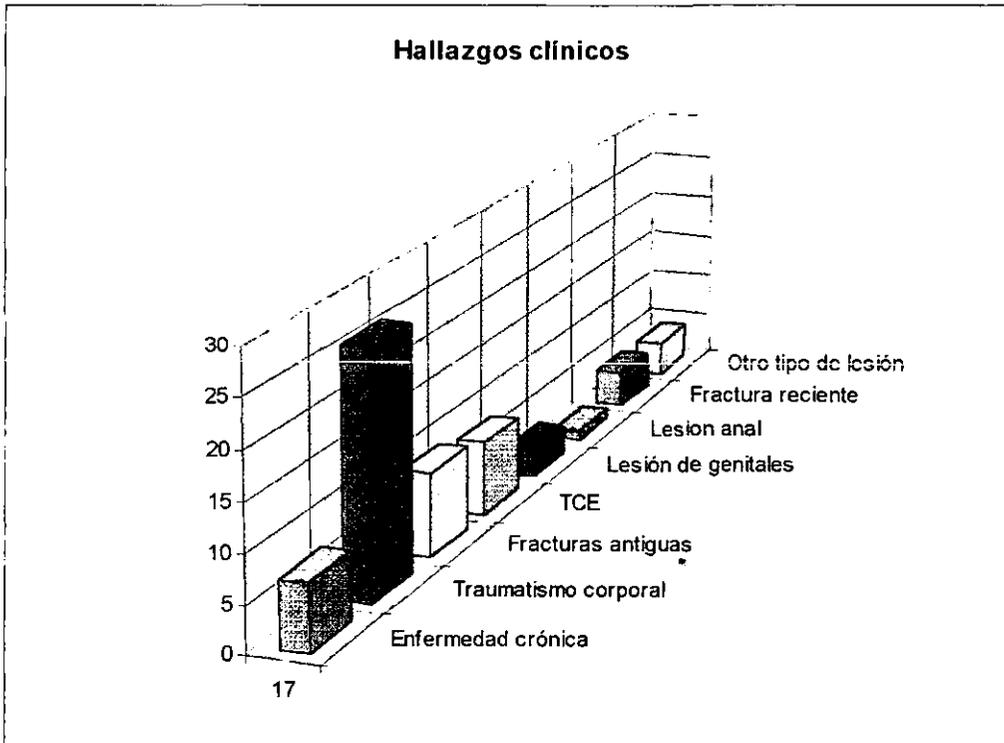
El antecedente de alcoholismo se encontró en ambos progenitores en 21 casos (52.5%).

Origen de residencia.

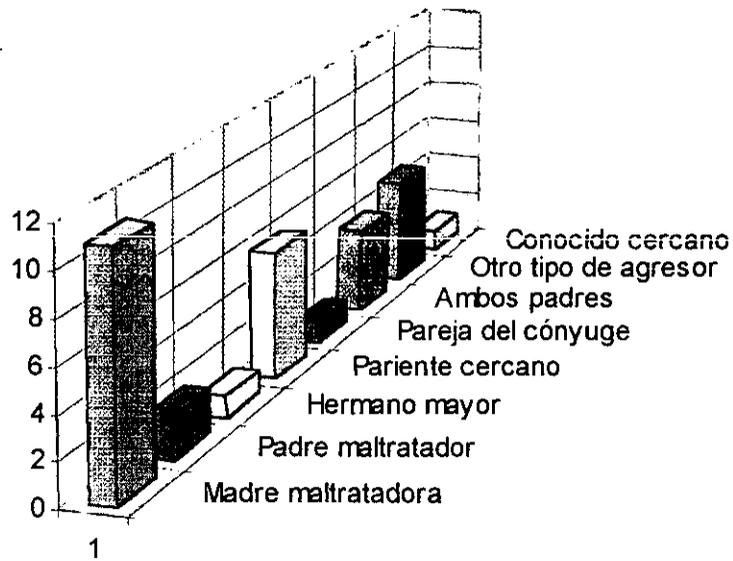


Tipo de familia

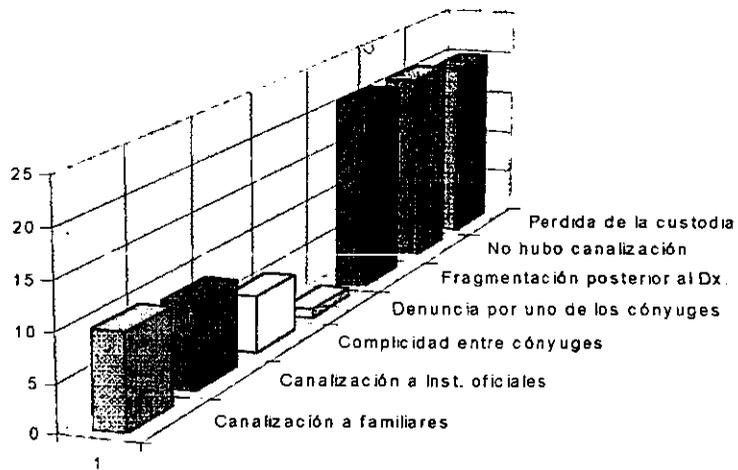




Tipo de maltratador



Resultado de la intervención



DISCUSION.-

Tardieu refiere que el abuso se presenta indistintamente en cualquier medio social (1), y encontramos que los niños golpeados o maltratados no son característicos de ninguna clase socioeconómica, y de que por las características de quienes asisten a este hospital hay mayor pobreza, a pesar de encontrar una diferencia de 26 del medio urbano (65%) por 14 (35%) del medio rural. Kaplan menciona aspectos importantes entre los antecedentes psicopatológicos de los progenitores, como depresión, abuso de alcohol o sustancias, antecedente de abuso o maltrato en su infancia, hogares desintegrados con problemas económicos y de desempleo (17,28), datos que pudimos encontrar en 9 familias fragmentadas (22.5%), 7 madres solteras (17.5%) , 26 con disfunción familiar (65%), 21 casos con abuso de alcohol en ambos progenitores (52.5%) en 7 padres (7.5%), que presentaron algún diagnóstico de trastorno de personalidad. Esto nos muestra que efectivamente en la génesis del maltrato, existen factores inmediatos (pobreza, pérdida de empleo etc.), pero que es la personalidad del agresor la que determina el paso al acto.

La madre participa en forma importante en este problema, ya sea en forma activa o en complicidad. (3,9,10). Encontramos a la madre como principal maltratador en 11 de los casos (27.5%) y 5 en complicidad (15%). Lo que nos da un total de 16 (42.5%), que se corresponde con los datos reportados en otros estudios.

La historia personal de los padres aporta datos importantes al buscar los antecedentes de maltrato, negligencia y abuso físico. (13,14,28), en esta muestra, se encontró que 12 de los padres (30%) tenían el antecedente de maltrato, negligencia o abuso físico en su infancia, en contraste con los datos conocidos de que hasta el 60% de los maltratadores tienen ese antecedente. Es probable que en estas entrevistas se haya negado la información o no hubo la suficiente fineza del instrumento para detectarlo.

Referentes a los hallazgos en los niños se menciona por algunos autores la presencia de enfermedades crónicas, retraso psicomotriz, trastorno por déficit de atención y retraso

mental (15,16). Nosotros reportamos retraso psicomotriz en 15 pacientes (37.5%) y enfermedad crónica en 7 (17.5%), que en conjunto hacen el 55% de la muestra evidenciando que el factor atribuible a un niño "especial" favorecedor del maltrato, es también un punto importante en la investigación de este problema.

Otros hallazgos clínicos los menciona Green, (22,23) al igual que Bird y Loredó. (15,16,19). En cambio nosotros encontramos que 26 niños (65%) presentaron huellas de traumatismo corporal (equimosis, quemaduras, etc.). 9 niños (22.5%) con fracturas antiguas y 8 (20%) con TCE, 3 niños con lesiones en genitales y sangrado transvaginal (7.5%),(algunos niños tenían dos o más tipos de lesión), coexistiendo esto también con negligencia. Lo que muestra que el maltrato físico y la negligencia son de los más frecuentes tipos de agresión, y que las agresiones de tipo sexual se observan con menor frecuencia, probablemente por el rango de edades estudiadas de esta muestra (1-13 años).

CONCLUSIONES.-

La privación o abandono es la variante más frecuente en nuestro estudio. El tipo de familia uniparental fué el más frecuente encontrado en estos pacientes con un porcentaje del 55%. Los niños estudiados mostraron una frecuencia elevada de antecedentes con limitaciones físicas o mentales con un 55%. El alcoholismo entre ambos progenitores fué importante, encontrándolo en el 52.5% de los casos.

El perfil del paciente con Síndrome del Niño Maltratado en el INP, nos muestra a un niño de 7 años de edad del sexo masculino, proveniente del medio urbano, familia monoparental, no deseado ni planeado por padres, ocupa el 2º. lugar de 3 hijos, con ingreso al área de urgencias por huellas físicas de trauma corporal. Ambos padres con abuso de alcohol y antecedentes de maltrato o abuso corporal en su infancia. Siendo la madre quien más frecuentemente efectúa el maltrato o abuso.

ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA

BIBLIOGRAFIA.-

- 1.- Tardieu, A.; Etude Médico- Legale sur les services et mauvais traitement exerces sur les enfants. Ann Hyg Publ. Med Leg. 13: 361-398; París, 1860.
- 2.- Caffey, J.; Multiple fracture in the long bones of children suffering from chronic subdural hematoma. Am. Jour. Roentgenol radium Ther. 56:163-173, 1946.
- 3.- Kempe, H.; Kempe R. ; Niños maltratados. Ediciones Morata 1ra. edición, Madrid, 1979.
- 4.- Fontana, V.; Maltreatment Syndrome in Children. N.Y. St. Jour Med.; 63:603, 1978.
- 5.- Bools, .C.; Neale, B.; Meadow, R. Munchausen Syndrome by proxy: a study of Psychopathology. Child abuse & neglect. 18:9:773-788. 1994.
- 6.- Jones, D.; Editorial: Syndrome of Munchausen by proxy. Child abuse & neglect. 18:9:769-771; 1994.
- 7.- Asociación Psiquiátrica Americana. Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos Mentales. Edit. Masson, IV edición. Barcelona, 1995.
- 8.- Organización Mundial de la Salud. C.I.E. 10. Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico de los Trastornos mentales y del comportamiento. Edit. Meditor, Madrid, 1992.
- 9.- Loredó, A. (editor) Maltrato al menor. Edit. Interamericana, México, 1994.
- 10.- Taylor, C.; Norman, D.; Murphy, M.; et al. Diagnosed intelectual and emotional impairment among parents who seriously mistreat their children: prevalence, type, and out-come in a court sample. Child abuse & neglect. 15:4:389-401. 1991.
- 11.- Feder, L.; La universalidad del conflicto preconceptivo (los hijos no deseados) en: El maltrato a los hijos. Editor: Jame Marcovich. Edit. Edicol, 1ra. edic. 1978. México.
- 12.- Hayes, M.; Nolan, M.; Lewin, T.; Antenatal prediction of mother infant difficulties. Child abuse & neglect. 15:4:351-361. 1991.
- 13.- Salzinger, S.; et al Mothers' personal social networks and child maltreatment. J.Abnorm. Child Psychol. 92:68-76. 1983.
- 14.- National center of Child abuse & neglect. Study findings: National Study of the incidence and severity of child abuse and neglect. U:S: Govt. Printing office. Washington D:C: 1988.

- 15.- Bird, H.; Epidemiology and diagnosis of child abuse. Mid-year Institute of the American Academy of child & adolescent Psychiatry, on Difficult Clinical situations Cancun, Mex. 1994.
- 16.- Loredó, A.; Reynés, J.; Maltrato Físico. en: Maltrato al Menor. Editor: Loredó A: Edit. Interamericana. México, 1994.
- 17.- Herrenkhol, E.; et al. Risk factors for behavioral dysfunction: the relative impact of maltreatment, SES, physical health problems, cognitive ability, and quality of parent-child interaction. *Child abuse & neglect*. 19:2:191-203. 1995.
- 18.- Benierakis, C.; the function of the multidisciplinary team in child Psychiatry- clinical and educational aspects. *Can J. Psychiatry*, 40:348-353. 1995.
- 19.- Green, A.; Child physical abuse. in: Wiener, J. Textbook of child and adolescent psychiatry. American Psychiatric press. 1a. de. Washington D.C. 1991.
- 20.- Feldman, K.; Brewer, D.; Shaw, D.; Evolution of the cranial computed tomography scan in child abuse. *Child abuse & neglect*. 19:3:307-314. 1995.
- 21.- Ney, P.; Fung, T.; Wickett, A.; the worst combinations of child abuse and neglect. *Child abuse & neglect*. 18:9:705-714. 1994.
- 22.- Finkelhor, D; Sexually victimized children. the Freepress, New York, 1979
- 23.- Bergner, R.; Delgado, L.; Graybill, D.; Finkelhor's risk factor checklist: a cross-validation study. *Child abuse & neglect*. 18:4:331-340, 1994.
24. Finkelhor, D; et al. The effectiveness of victimization prevention instruction: an evaluation of children's responses to actual threats and assaults. *Child abuse & neglect*. 19:2:141-154. 1995.
- 25.- Sundelin, V.; Development and survival: a study of children at risk living in adverse psychosocial milieu. *Child abuse & neglect*. 18:9:715-724, 1994.
- 26.- Marcovich, J.; El maltrato a los hijos. Edit. Edicol, 1a. edición, México , 1978.
- 27.- Krugman, R.; Presidential address- 10th International Congress on child abuse and neglect: future directions in preventing Child abuse. *Child abuse & neglect*. 19:3:273-280. 1995.
28. Kaplan, H. Problemas relacionados con el abuso o negligencia. En Sinopsis de Psiquiatría. Ciencias de la Conducta. Psiquiatría Clínica. 1996. 7ª. Edición. Edit. Médica Panamericana. Buenos Aires, Argentina. 805-815.