11226 11226
2ej.
231

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA

DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

INCIDENCIA DEL SINDROME DEL NIÑO MALTRATADO EN LA CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL GENERAL DE ZONA -- CON MEDICINA FAMILIAR No. 1 DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL EN MORELIA, MICH.

TESIS PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

DRA. MARIA DE LA SALUD RAMIREZ RODRIGUEZ

MORELIA, MICH. ENERO 1984.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Universidad Nacional Autónoma de México
UNAM
Biblioteca Central
Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

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.

INDICE

CAPITULO I

INTRODUCCION 1

CAPITULO II

OBJETIVO GENERAL DEL ESTUDIO 12

CAPITULO III

JUSTIFICACION 13

CAPITULO IV

HIPOTESIS 14

CAPITULO V

FUENTES DE INFORMACION 15

CAPITULO VI

MATERIAL Y METODOS 17

CAPITULO VII

PRESENTACION DE RESULTADOS 21

CAPITULO VIII

ANALISIS DE RESULTADOS 33

CAPITULO IX

CONCLUSIONES 37

CAPITULO X

RECOMENDACIONES 40

CAPITULO XI

RESUMEN 42

CAPITULO XII

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS 45

CAPITULO I

INTRODUCCION

ANTECEDENTES CIENTIFICOS:

Podemos decir que la existencia de malos tratos a los niños ha sido un hecho que se ha presentado y que se repite desde tiempos muy remotos.

Cuatrocientos años antes de Cristo, Aristóteles expresaba: "Un hijo o un esclavo son propiedad y nada de lo que se hace con la propiedad es injusto" (4). En Grecia, Roma y muchos otros paises de la antiguedad, el padre podía vender o matar a su hijo.

En el siglo XVII la pérdida de las tres cuartas partes de los niños de una familia éra común y por ende, la mortalidad infantil no se consideraba como algo insólito. En ese tiempo las formas para deshacerse de los niños eran tan simples como los cuidados: Se creía que el calor maternal era benéfico para el niño y la madre generalmente dormía con él, pudiendo arguir después que la muerte había sido un mero accidente. Otras veces "los envolvían tan apretados que parecian momias y muchas veces terminaban como tales" (6). También era costumbre frecuente, entre las clases socio-económicas inferiores, lisiar o deformar a los niños para causar lástima y posibilitar el ejercicio de la mendicidad de éstos, en beneficio de sus padres y otros explotadores.

Posteriormente, en 1869 Tardieau, médico legista francés estudió este problema desde el punto de vista médico social en un informe titulado Etude médico-legale des blessures.

En 1871 se funda en Nueva York la Society for the Prevention of Cruelty to children, como consecuencia de que algunas personas bien intencionadas acudieron en ese entonces a la sociedad Protectora de Animales a solicitar auxilio para rescatar a la niña Mary Ellen de sus padres adoptivos, quienes la tenían sujeta a su cama con cadenas. Poco tiempo después se crearon sociedades semejantes en varios paises.

Tuvo que pasar mucho tiempo para que se pusiera atención a este problema, y no fué sino hasta 1946 que el pediatra y radiólogo norteamericano J. Caffey dió a la publicidad una investigación relativa a seis lactantes y niños pequeños en quienes se apreció un síndrome que presentaba hematoma subdural y fracturas múltiples en los huesos largos, en ocasiones con lesiones epifisiarias. Los seis niños examinados presentaban un total de 23 fracturas en diferentes etapas de consolidación en el mismo niño; el médico concibió la posibilidad de que tales lesiones tuviesen un origen traumático que, en todo caso, se había ocultado.

Corría el año de 1953 cuando F. N. Silverman determinó la causa traumática en casos similares. En 1955, P. V. Woolley Jr. y W. A. Evans, habían apuntado que en tales casos el orígen era traumático e intencional (8).

En 1957 y 1965, el mismo Caffey manifestó afirmativamente en nuevas publicaciones que el origen de esas alteraciones de la salud se encontraba en traumatismos derivados de malos tratos.

Para el año de 1962, C. H. Kempe, F. N. Silverman, B. F. Steele, W. Droegemueller y H. K. Silver dieron a conocer una cifra elevada de casos de niños que presentaban el llamado "Síndrome de Niño Maltratado".

DEFINICION DE NIÑO MALTRATADO.

Como primer punto que debe precisarse al referirnos al "Niño Maltratado" está el concepto de niño, que puede definirse como una persona humana que se encuentra en el período de la vida comprendido entre el nacimiento y el principio de la pubertad". Con base de esta definición, se puede expresar una definición de niño maltratado: "Es una persona humana que se encuentra en el período de la vida comprendido entre el nacimiento y el principio de la pubertad, objeto de acciones u omisiones intencionales que producen lesiones físicas o mentales, muerte o cualquier otro daño personal, provenientes de sujetos que por cualquier motivo, tengan relación con ella".

La agresión física a los niños es un problema que siempre ha existido y aparecen periódicamente pruebas dramáticas en los diarios, pensando que constituirían casos excepcionales. Hace 22 años, un grupo de médicos llamó la atención sobre una serie de manifestaciones clínicas y radiólogicas, que integraron lo que Kempe llamó "Síndro

me del Niño Maltratado o Golpeado" en 1962 (2). Identificando hoy en día a un fenómeno de frecuencia desconocida que afecta a niños menores de 3 años que son agredidos físicamente y en forma brutal por los adultos encargados de su cuidado. Múltiples factores y circunstancias se conjugaron para mantener esa tragedia e ignorancia en secreto, tales, como falta de responsabilidad cívica y resistencia a verse involucrado en escándalos o en procedimientos legales en personas con apariencia y conducta social normales para que sean considerados capaces de realizar actos de tal violencia; solo una mínima proporción de los casos se conocen por confesión del agresor o por denuncia de testigos de la agresión.

Es difícil poder estimar cual es el número real de casos de maltrato; hay cálculos con dificultad para entender el mecanismo a través del cual se establecen estimaciones confiables, por ejemplo, en Norteamérica ocurre una incidencia de 175 a 225 niños por cada millón de habitantes, siendo una incidencia anual aproximadamente entre 30 y 50 mil casos. Otros autores afirman que solamente se descubre un 20% de todos los casos (2). En nuestro país, a pesar de que hay mayor conciencia de la existencia de este problema en los centros de urgencias pediátricas o en los lugares en donde pueden atenderse niños traumatizados, el porcentaje es todavía muy bajo, pero no hay razón para creer que, en nuestro medio, el problema tenga una frecuencia menor que la que se estiman en otros paises y que el problema es grave no solo por la peligrosidad de las lesiones, sino porque aún en el caso de que los niños sobrevivan a ellas, las consecuencias emociona-

les y psicológicas serán enormes, constituyendo una verdad absoluta, que es, que el niño golpeado de hoy será el padre golpeador de mañana.

Las lesiones físicas de un niño maltratado pueden ser de gravedad y tiempo de evolución diversos. Suelen encontrarse en ellos fracturas múltiples, de diferente antiguedad, con callos y alineamientos defectuosos, huellas de quemaduras, equimosis, hematomas y cara de boxeador, en todos los casos sin explicación satisfactoria; el familiar, en general, no hace mención alguna de estas lesiones en la historia, y asegura después, ignorar su existencia y oculta el lugar donde fueron tratados (si es que lo fueron).

Una manifestación de maltrato en los niños es el abuso sexual explotatorio entre el niño y un adulto; puede ser por asalto o por ventaja; de ventaja ocurre con más frecuencia en los casos reportados y ocurre sin daño físico aparente; el abuso sexual por asalto está caracterizado más frecuentemente por daño físico, violencia y al mismo tiempo trauma emocional severo del niño; según estadísticas cerca de un millón de niños fueron esplotados sexualmente en los 12 meses pasados (8).

Los malos tratos producen sensaciones de inseguridad, inestabilidad y peligro, que pueden originar que el niño o niña, las más de las veces, aproveche alguna ocasión propicia para huir del hogar y, ante la escasa o nula preparación para subsistir, cae en el comercio carnal.

No se debe dejar de señalar los casos, no insólitos, en que los padres mismos prostituyen a sus hijos, algunas veces de corta -

edad. En este caso, la prostitución viene a ser, en realidad, un mal trato. Por lo tanto se puede decir que la prostitución puede ser una consecuencia directa o indirecta, mediata o inmediata, según el caso, de los malos tratos a los niños.

Las quemaduras por agua caliente constituyen un traumatismo especial de lesiones en los niños cuando son castigados Feldman ha reportado que en la Escuela Washington de Medicina en Seattle, el 28% de los niños presentan quemaduras escaldadas por agua caliente, al igual que en una revista similar en la Universidad de Oklahoma del Colegio de Medicina en Tulsa (1) sugieren quemaduras no accidentales. Las quemaduras por cigarrillos representan una frecuencia bastante grande de las lesiones por quemaduras.

Se considera que el comportamiento escolar problemático de los niños maltratados puede ser originado precisamente por actos violentos, habida cuenta de que los niños que los sufren carecen de una formación adecuada, de una educación basada en el afecto, que les permita desarrollar interés por el estudio. Los niños maltratados no encuentran ni estímulo ni reconocimiento para sus esfuerzos; sólo conocen la indiferencia, la crítica y el desprecio; se sienten rechazados por sus padres y pueden proyectar este sentimiento hacia los profesores y, por el mismo ambiente familiar que generalmente existe en sus hogares, tienden a evitarlos. Por otra parte, su estado emocional es de gran tensión y angustia, lo cual impide una conducta escolar positiva; además, generalmente son niños mal nutridos, descuidados, que vi

ven en malas condiciones de vivienda, todo lo cual contribuye a que - presenten problemas y deficiencias escolares. Finalmente los golpes pueden producir lesiones cerebrales que impiden un desarrollo normal del niño en el ámbito escolar.

En contra de lo que pudiera pensarse del castigo físico como medio de control sobre los hijos sigue siendo el patrón disciplinario y correctivo predominante en nuestra cultura y, por ello, algo que fácilmente puede caer en el exceso. Vivimos en un mundo en el que impera la violencia, y no debe extrañarnos demasiado que su dominio se inicie en el hogar y que sea en él donde empiece a manifestarse la mayor parte de las agresiones físicas graves a niños ocurren en el hogar y, al menos en nuestro medio, al agresor identificado o altamente probable resulta ser con mayor frecuencia la madre - que ningún otro, este hecho obedece no exclusivamente a que sea la persona que más tiempo permanece al lado de los niños, sino también a las condiciones imperantes que hacen del matrimonio y de la maternidad una verdadera trampa para un gran número de mujeres - expuestas a continuas experiencias humillantes, frustrantes y esclavizantes con muy escasas compensaciones, fuente de profundos resentimientos fácilmente canalizados hacia los hijos; aunque también se piensa con mayor frecuencia en nuestro medio, de la agresión del - padre formando parte de un patrón de violencia asociada al alcoholismo que afecta por igual a la esposa y a los hijos.

Se considera que los malos tratos a los niños provocan un fuerte desasosiego, angustia, y sufrimiento tanto en la infancia como en la adolescencia, por lo que la farmacodependencia puede presentarse como una forma de evasión de la realidad, de huida ante las compulsiones familiares y los malestares psíquicos y físicos; la droga puede significar, para el sujeto que fué o es maltratado, un sostén ilusorio en los momentos de inseguridad personal.

En el Symposium Internacional sobre el Maltrato de los niños, celebrado recientemente en nuestro país, el Dr. Barton Schitt (3) señaló que hay muy pocas situaciones o épocas de la vida de la familia en las que estas son accesibles a las pruebas de detección masivas; dichas pruebas son: La admisión de la madre a la maternidad, y el ingreso del niño a la escuela y durante su asistencia a ella, pero esperar a esto significaría que dos terceras partes del abuso del niño ya habría ocurrido.

La incapacidad para comprender y educar al niño es un factor que interviene también en la etiología de maltrato a los niños. Muchas madres no están preparadas ni emocional ni prácticamente para el cuidado del niño; por ejemplo, si éste llora, se le alimenta, si continúa llorando se le cambia y si prosigue el llanto se le golpea, de tal suerte que los cuidados y el amor maternal se transforman en aversión. Tal situación ha conducido a C. H. Kempe a afirmar que "No se ha de pensar que los padres que golpean a sus hijos no los aman: a veces los quieren mal y otras demasiado".

No obstante la afirmación de Kempe, se considera que en los malos tratos a los niños priva la falta de amor, pues como dice -- Iñigo Laviada: "La falta de ejercicio del amor, por no haberlo recibido en la infancia, es el factor que condiciona luego a los padres para martirizar a sus hijos, en una cadena interminable de horrores y sufrimientos transmitidos de generación en generación" (5). Consideramos que, efectivamente, la falta de amor es el factor determinante que motiva a los adultos a maltratar a los niños.

Respecto a la situación familiar, se puede anotar que se presentan circunstancias que generan malos tratos a los niños cuando - estos no han sido deseados, cuando provienen de uniones extramatrimoniales, cuando son adoptados o incorporados a la familia en alguna otra forma de manera transitoria o definitiva, cuando son producto de uniones anteriores o cuando se han colocado en otro lugar y no se acepta - su retorno a la familia original. Puede ser que los malos tratos se -- den en familias numerosas, en razón de carencias diversas, educacionales, de habitación, económicas, aunque no siempre sucede así.

Generalmente, en las familias en que hay niños maltratados la vida es desordenada, existe inestabilidad y desorganización hogareña, desavenencia conyugal, penuria económica, enfermedades, conductas antisociales, ausencia de cuidados, ropa sucia, alimentos deficien-- tes o mal preparados, habitaciones inmundas, mala administración del dinero (cuando lo hay), desempleo o subempleo, embarazos no deseados, expulsiones de la escuela y por tanto, desintegración del núcleo fami-- liar.

Podemos considerar que el cuadro anterior es el lugar en que con mayor frecuencia se desarrollan los malos tratos a los niños: pero esto no representa una regla sin excepción, en algunos hogares -- bien integrados, con una sólida base económica y otras características positivas, pueden darse y se dan casos de malos tratos a los niños.

Hay casos en que la situación familiar, desde el punto de vista económico y moral es, aceptable y el niño es deseado y recibido con beneplácito y sin embargo, es maltratado. Esto podría deberse a una falta de autodominio o a que la familia es partidiaria de una educación severa.

Wolf Middendorff afirma que "El castigo corporal hace al joven brutal, niega la dignidad espiritual de la personalidad y finalmente, embrutece al que pega. Los jovenes criminales o corrompidos, en la mayoría de los casos, nunca han recibido pocos, sino demasiados - muchos azotes" (7).

De acuerdo con la opinión anterior, el niño que sufrió malos tratos, no sólo de índole física, llegará a la edad jivenil en muchos casos, carente de claros y definidos conceptos de solidaridad humana, - de respeto a los individuos y a la colectividad, con sentimientos de odio, agresividad y tal vez de revanchismo; le será difícil adaptarse a la vida colectiva y puede incurrir en conductas antisociales como una reacción de los malos tratos sufridos.

Es evidente que los malos tratos pueden generar múltiples resultados de lesiones físicas o mentales, o ambas simultáneamente, y que éstas pueden ser susceptibles de recuperación, o bien irreversibles con secuelas definitivas.

CAPITULO II

OBJETIVO GENERAL DEL ESTUDIO.

Identificar la frecuencia y causas aparentes del niño maltratado, en un lapso de un año (mayo de 1982 a mayo de 1983): de la población de los consultorios de Medicina Familiar, Pediatria, Psquiatria y Psicología, abarcando la edad de recién nacidos hasta los 10 años de edad. Así como el conocer la frecuencia con que se diagnostica por parte del médico.

CAPITULO III

JUSTIFICACION.

El saber cual es la frecuencia y las causas aparentes del Síndrome del Niño Maltratado, en menores de 10 años etapa de la vida de mayor impotencia para presentar acusaciones de las personas que lo agreden física o mentalmente, es un problema social frecuente, que pasa desapercibido estadísticamente, ya sea por la negación del maltrato al niño por parte de la familia o por la ausencia de conocimientos de este problema por parte de los médicos.

Muchos médicos son renuentes en aceptar que un adulto, principalmente el padre o la madre, puede maltratar a un niño: otros se abstienen de informar a las autoridades, en consideración a los efectos que pudiesen tener las denuncias en su clientela; algunos piensan que es de mayor utilidad tratar a los agresores que denunciarlos.

También existen médicos que están convencidos que castigar es un derecho de los padres y no tienen una clara visión de los límites entre el castigo "aceptable" y los malos tratos, y puede resultarles difícil establecer el límite entre ambas situaciones. También se observa que el médico pueda tener reticencia a atribuir una conducta de malos tratos a persona determinada al hacer la denuncia.

Por todo esto creemos necesario estudiar este fenómeno en nuestro medio institucional e identificar algunas de las causas que lo condicionan.

CAPITULO IV

HIPOTESIS.

Un número indeterminado hasta ahora, de niños de ambos sexos de 0-10 años de edad adscritos al Hospital General de Zona, con Medicina Familiar No. 1 del Instituto Mexicano del Seguro Social en -- Morelia, Mich., son víctimas de maltrato físico por parte de sus pa-- dres. El registro de tales incidencias por el Médico Familiar es mínima y su participación en la solución del problema familiar, es nula.

CAPITULO V

FUENTES DE INFORMACION.

Se contó con la valiosa cooperación de los siguientes departamentos y personal:

- Archivo Clínico.
- Departamento estadístico.
- Consulta externa de Medicina Familiar.
- Consulta externa de Psiquiatría.
- Consulta externa de Pediatría.
- Consulta externa de Psicología.
- Asistente de Consultorio.
- Médico Familiar.

Y los siguientes documentos:

- 4-30-6.
- Expediente Clínico.
- T.A.C.

ORGANIZACION DEL TRABAJO.

Primeramente se buscó la bibliografía posible para tener un conocimiento más profundo y amplio sobre el tema, para poder estudiar los casos que se encontraron. Posteriormente se inició la búsqueda de los datos en las formas 4-30-6 en Archivo Clínico, descartando los diagnósticos que resultaron falsos en relación al síndrome del Niño Maltrata-

do; después se revisaron los expedientes para ver algún indicio de maltrato físico o mental diagnósticados por el médico familiar; además de buscar los domicilios, acudiendo al documento T.A.C., en ocasiones e ir a realizar visitas domiciliarias para comprobar los informes anotados en el expediente y realizar una encuesta previamente elaborada, la cual se anexa: finalmente se ordenaron los datos recabado.

RECURSOS HUMANOS.

- Residente de 2° años de Medicina Familiar.
- Médico Familiar.

RECURSOS MATERIALES.

Los servicios y documentos mencionados en la fuente de información.

CAPITULO VI

MATERIAL Y METODOS.

Se trata de un estudio retrospectivo, sincrónico, descriptivo y documental.

UNIVERSO DE TRABAJO.

De un total de 77 casos identificados en el presente estudio logramos contar con 16 casos. De estos se excluyeron 61 al revisar los expedientes ya que el diagnóstico estaba mal planteado o a pesar de tener algún indicio de maltrato, no se encontraron varios expedientes en el archivo del consultorio al que están adscritos, también expedientes en blanco sin ninguna nota médica; en la mayoría no se menciona la dinámica familiar.

Se encontraron 4 casos en forma casi completa pero se excluyeron 2, uno vive fuera de Morelia y en el otro no se encontró domicilio. Por lo que se inicia la búsqueda de nuevos casos en el Archivo Clínico de la consulta externa de Psiquiatría, Psicología y Pediatría, encontrandose 12 de los cuales se eliminó 1 por no encontrar número de consultorio ni domicilio en la T.A.C.; se encontró un caso en Urgencias y 3 por medio de la asistente de consultorio eliminando 1 por no encontrar domicilio.

METODOS DE CAPTACION.

Se revisó las formas 4-30-6 de la consulta externa de Me

dicina Familiar, Psiquiatría, Psicología y Pediatría, encontrando los diagnósticos sugestivos de maltrato en niños menores de 10 años de edad; - así como los expedientes de los casos encontrados, buscando la dirección para realizar visitas domiciliarias y completar los datos mediante una entrevista personal con una encuesta elaborada.

La captación de datos fué tomada principalmente mediante una encuesta tomando las siguientes variables de inclusión: Edad, sexo, escolaridad, hijos no deseados, persona responsable, tipo de castigo, -- quien es el que castigó y porque lo castiga.

TIEMPO.

En Marzo se inició con la recopilación de bibliografía; luego en Mayo se elaboró el Protocolo de Investigación e iniciando en ese - mes con la revisión de las formas 4-30-6 para la inclusión de datos; en un tiempo aproximado de 2 meses. Posteriormente a la revisión de expedientes tardando 2-3 meses; para luego continuar con las visitas domiciliarias; ordenamiento de los datos y elaboración de la Tésis en Diciembre.

ESPACIO.

Se realizó en el Hospital General de Zona No. 1 con Medicina Familiar del Instituto Mexicano del Seguro Social en Morelia, Mich., y en la Comunidad.

ENCUESTA DE ESTUDIO

1.- Nombre del hijo _____

2.- Edad _____ Sexo _____ Escolaridad _____

3.- ¿Es hijo deseado? _____

4.- ¿A cargo de quién está el niño? _____

5.- ¿Cuántos hijos son? _____

6.- ¿Cuántos viven en la casa? _____

7.- ¿Quién, cuándo y por qué se le castiga? _____

8.- Tipo de castigo que le imponen _____

9.- ¿Cuánto tiempo pasan con sus hijos? _____

10.- Estado civil de los padres _____

11.- Relaciones familiares: Colaboradora _____ Compañera

Esposa _____ Madre _____

12.- ¿Son del primer matrimonio los niños? _____

13.- Ocupación del padre _____ Ingreso per cápita ___

_____ Ocupación de la madre _____

14.- Escolaridad padre _____ Escolaridad madre _____

15.- Toxicomanías Padre _____ Alcoholismo _____

Tabaquismo _____ Madre _____ Alcoholismo

_____ Tabaquismo _____

16.- Antecedentes de haber sido golpeado en su niñez _____

Padre _____

Madre _____

17.- Tipo de familia: Nuclear _____ Extensa _____ Compuesta ___

Integral _____ Semi-Integrada _____ Urbana _____

Sub-Urbana _____ Rural _____ Tradicional _____

_____ Moderna _____

18.- Familiograma _____

19.- ¿Cuál es la experiencia más frustrante en su matrimonio?

Padre _____

Madre _____

20.- Otros _____

CAPITULO VII
PRESENTACION DE RESULTADOS

CUADRO Nº 1

NUMERO DE CASOS CAPTADOS DEL NIÑO CON EL SIND. DE MALTRATO EN EL HGZ MF Nº I IMSS MORELIA 82-83

EXCLUIDOS POR		%
DX. MAL PLANTEADO	6	
NO HAY EXPEDIENTES	20	
EXPEDIENTES EN BLANCO	10	
NO HAY DINAMICA FAMILIAR	10	
FORANEOS	3	
DOMICILIOS FALSOS	6	
NO TIENEN Nº CONSULTORIO	2	
SIN DOMICILIO	4	
TOTAL DE EXCLUIDOS	61	79.22
INCLUIDOS	16	20.77
TOTAL	77	100%

FUENTE: ARCHIVO CLINICO
FORMA 4-30-6
ARCHIVO CONSULTORIO

CUADRO Nº II

SEXO Y EDAD DE NIÑOS CON EL SINDROME DE MALTRATO EN HGZ CON MF Nº 1 IMSS MORELIA 82-83

EDAD	MASCULINO		FEMENINO	
	Nº	0 %	Nº	0 %
- 1	0	0 %	0	0
1	0	0 %	0	0
2	0	0 %	0	0
3	0	0 %	1	20
4	2	18.18 %	0	0
5	0	0	1	20
6	4	36.36	2	40
7	3	27.27	1	20
8	1	9.09	0	0
9	1	9.09	0	0
10	0	0	0	0
TOTAL	11	99.99	5	100

FUENTE: ENCUESTAS APLICADAS A FAMILIAS CON PACIENTES DE SINDROME DE NIÑO MALTRATADO.

CUADRO Nº 3

ESCOLARIDAD DE NIÑOS CON SINDROME DE MALTRATO EN EL HGZ CON MF Nº1 IMSS MORELIA 82-83

AÑO		%
PRE PRIMARIA	2	12.5
1º	1	6.25
2º	1	6.25
3º	3	18.75
4º	6	37.5
5º	2	12.5
6º	1	6.25
TOTAL	16	100%

FUENTE: ENCUESTA APLICADA A FAMILIARES CON PACIENTES DE SIND. DE NIÑO MALTRATADO.

CUADRO Nº 4

HIJOS DESEADOS CON SIND. DE MALTRATO EN HGZ CON MF Nº I IMSS

	DESEADOS			SUB TOTAL	NO DESEADOS				
MASC.	%	FEM.	%		MASC.	%	FEM.	%	
3	60 %	2	40	5	6	54.5 %	5	45.4	11
3		2			6		5		

FUENTE: ENCUESTA APLICADA A FAMILIAS CON PACIENTES DE SIND. DE NIÑO MALTRATADO.

CUADRO Nº 5

PERSONAS ENCARGADAS DEL NIÑO CON SIND. DE MALTRATO EN EL HGZ CON MF Nº I IMSS MORELIA 82-83

PARENTEZCO	MASC.	%	FEM.	%	TOTAL	%
MADRE	6	54.54	3	60	9	56.25
ABUELOS	0	0	1	20	1	6.25
TIOS	2	18.18	1	20	3	18.75
HERMANOS	1	9.09	0	0	1	6.25
SIRVIENTA	2	18.18	0	0	2	12.5
TOTAL	11	99.99	5	100%	1	6.25

FUENTE: ENCUESTA APLICADA A FAMILIAS CON PACIENTES DE SIND. DE NIÑO MALTRATADO.

CUADRO Nº 6

NUMERO DE HIJOS EN LA FAMILIA DE LOS NIÑOS CON SIND. DE MALTRATO EN EL HGZ Nº I CON M.F. IMSS MORELIA 82-83

	MENOS DE 3	3 A 6	MAS DE 6
MASCULINOS	2	4	5
FEMENINOS	1	2	2
TOTAL	3	6	7
%	18.75	37.5	43.75

FUENTE: ENCUESTA APLICADA A FAMILIAS CON PACIENTES DE SIND. DE NIÑO MALTRATADO

CUADRO Nº 7

ESTADO CIVIL DE LOS PADRES DE LOS NIÑOS CON SIND. DE MALTRATO EN EL HGZ CON M.F. Nº I IMSS MORELIA 82-83

ESTADO CIVIL	Nº	%
MATRIMONIOS CIVIL Y RELIGIOSO	13	81.25
UNION LIBRE	2	12.5
SOLTERIA	1	6.25
TOTAL	16	100 %

FUENTE: ENCUESTA APLICADA A FAMILIAS CON PACIENTES DE SIND. DE NIÑO MALTRATADO

CUADRO Nº 8

ALGUNAS CARACTERISTICAS DE LA PERSONA QUE CASTIGA CON MAS FRECUENCIA A LOS NIÑOS CON EL SIND. DE MALTRATO EN EL HGZ CON MF Nº I IMSS

MORELIA 82-83

PARENTEZCO	No.	%	PROMEDIOS		
			ESCOLARIDAD EN GRADOS	PROMEDIO OCUP.	TOXICOMA.
PADRE	2	12.5	3º	OBRERO	ALCOHOLISMO TAB.
MADRE	7	43.75	4º	AMA DE CASA	TAB. ALCOH.
HERMANOS	4	25	6º	ESTUD.	TAB. ALCOH. CEMENTO
PRIMOS	1	6.25	5º	ESTUD.	TAB. ALCOH. CEMENTO
ABUELOS	2	12.5	0	JUBIL.	TAB.
TOTAL	16	100%			

FUENTE: ENCUESTA APLICADA A FAMILIAS CON PACIENTES DE SIND. DE NIÑO MALTRATADO.

CUADRO Nº 9

TIPO DE CASTIGO APLICADO AL NIÑO CON SIND. DE MALTRATO EN EL HGZ CON MF Nº I IMSS MORELIA 82-83

CAUSA	Nº	%
* REGAÑOS	4	25
* GRITOS	3	18.75
* ENCLAUSTRADOS	1	6.25
COSCORRONES	2	12.5
NALGADAS	3	18.75
CINTURONAZOS	1	6.25
BAÑOS DE ASIENTO CON AGUA FRIA	1	6.25
DESCUIDO	1	6.25
TOTAL	16	100 %

* SI BIEN NO SON DE POR SI AGRESION FISICA, LO USUAL ES QUE ANTECEDEN O ACOMPAÑAN AL CASTIGO FISICO.

FUENTE: ENCUESTA APLICADA A FAMILIAS CON PACIENTES DE SIND. DE NIÑO MALTRATADO.

CUADRO Nº 10

CAUSAS Y FRECUENCIA DE MALTRATO EN LOS NIÑOS DEL SINDROME EN EL HGZ CON MF Nº I IMSS MORELIA 82-83

CAUSAS	Nº	%	FREC. DIA	%
MEDIDAS DISCIPLINARIAS	8	50	6	37.5
RECHAZO DE LA FAM.	10	62.5	4	25
CONDUCTA ANORMAL	2	12.5	5	31.25
DESAVENENCIA ENTRE PADRES	6	37.5	2	12.5
PERSONA AUTORITARIA	3	18.75	3	18.75
ELEMENTO SADICO	1	6.25	1	6.25
PADRES CON TRASTORNO DE CONDUCTA	6	37.5	4	25
NEGLIGENCIA HACIA EL NIÑO	9	56.25	6	37.5
ALCOHOLISMO	16	100	1	6.25
DIFICULTADES PERSONALES	7	43.75	4	25
MALTRATO NIÑEZ MADRES	14	87.5	1	6.25

FUENTE: ENCUESTA APLICADA A FAMILIAS CON PACIENTES DE SIND. DE NIÑO MALTRATADO

CUADRO Nº 11
TIPO DE FAMILIA DE LOS NIÑOS CON EL SIND. DE MALTRATO EN EL HGZ CON MF Nº I IMSS MORELIA 82-83

TIPO		Nº	ROL	Nº
RURAL	INTEGRADA	3	COLABORADOR	
	SEMI-INTEG.	1	COMPAÑERA	
	DESINTEGRADA	1	MADRE	5
SUB-URBANA	INTEGRADA	2	COLABORADOR	1
	SEMI-INTEG	3	COMPAÑERA	
	DESINTEGRADA	2	MADRE	6
URBANA	INTEGRADA	2	COLABORADOR	1
	SEMI-INTEG.	1	COMPAÑERA	1
	DESINTEGRADA	1	MADRE	2
	TOTAL	16	TOTAL	16

FUENTE: ENCUESTA APLICADA A FAMILIAS CON PACIENTES DE SIND. DE NIÑO MALTRATADO

CUADRO Nº 12

HORAS DE CONVIVENCIA CON EL NIÑO DEL SIND. DE MALTRATO EN EL HGZ CON MF Nº1 IMSS MORELIA 82-83

PERSONA	- 2 Hs.	2-4 Hs.	4-8 Hs.
PADRE	14		
MADRE			15
HERMANOS		16	
ABUELOS	13		
TIOS	14		
SIRVIENTA		3	

FUENTE: ENCUESTA APLICADA A FAMILIAS CON PACIENTES DE SIND. DE NIÑO MALTRATADO.

CAPITULO VIII

ANALISIS DE RESULTADOS.

Como se puede observar en el cuadro No. 1 de un total de 77 casos, se excluyeron 61 por diagnósticos mal planteados, no encontrar los expedientes así como la mención de la dinámica familiar y no localizar a los pacientes por domicilios falsos, sin domicilios ni número de consultorio. Además de encontrar resistencia de los familiares a cooperar.

La edad predominante de los niños fué de 6-7 años en relación con la frecuencia de las niñas en la edad de 3-7 años, como se aprecia en el cuadro No. 2.

En el cuadro No. 3 se relaciona a la escolaridad, observandose que el promedio es de 3° y 4° año de primaria.

Es mayor el número de hijos no deseados en más de la mitad en relación a los hijos deseados. Mencionado como familia numerosa, situación económica precaria, falla del método anticonceptivo y por ser madre soltera. Apreciandose en el cuadro No. 4.

En el cuadro No. 5, la relación de parentezco muestra que la responsabilidad de cuidado en los niños recae en la madre, tíos, y sirvienta. El padre generalmente está en su trabajo o vive en otra ciudad siendo difícil obtener sus antecedentes.

El número de convivientes en los núcleos familiares estu-

diados es predominantemente mayor de 6 miembros, con ello se evidencía que a mayor cantidad de participantes mayores son las oportunidades de problemas familiares y agresión entre sus miembros, como se observa en el cuadro No. 6.

En el cuadro No. 7 se aprecia que el estado civil de los padres de los niños con síndrome de maltrato son casados en lo civil y religiosos y suponen una relación definitiva.

La persona que destaca como mayor represor de los niños es la madre, enseguida los hermanos y con igual frecuencia abuelos y padres, en todos ellos es notoria la tendencia a las toxicomanías, la baja escolaridad y la ocupación manual no calificada, su relación se muestra en el cuadro No. 8 .

En el cuadro No. 9 nos muestra el tipo de castigo infrigido con más frecuencia como son el regaño, los gritos, y las nalgadas, lo que supone que la aceptación de un castigo menor puede dar lugar a una agresión física más severa frecuencia e intensidad.

Como se observa en el cuadro No. 10 las causas argumentadas para explicar el maltrato, fueron el mal trato en la niñez de las madres, el rechazo manifiesto, la negligencia, la disciplina, dificultades personales, trastornos de conducta, autoritarismo y elemento sádico. La aceptación del castigo durante el día, varía de una hasta 6 ocasiones.

La tipología familiar que predominó en el estudio es del -

medio Sub-urbano, el grado de integración familiar es variable y el rol preponderante fué de esposa-madre, como nos lo muestra el cuadro No. 11.

En el cuadro No. 12 está la relación del horario de convivencia por más de 4 hs., diarias fué ocupado por la madre, después - por los hermanos y las sirvientas, los padres, abuelos y tíos conviven menos de 2 hs., diarias con los menores.

Los niños presentan aspecto triste, indiferente, temeroso, asustadizo, descuidado, tímidos, en otros eran voluntariosos y desobedientes, se encontró resistencia por parte de la familia para el acercamiento al niño.

Los siguientes informes fueron obtenidos sin ser buscados propositivamente: Las madres generalmente encargadas del niño se encontraron con inmadurez emocional, de metas y deseos imprecisos, con problemas conyugales y familiares, soledad y con fuertes sentimientos de impotencia y frustración relacionadas con las infidelidades del marido así como su irresponsabilidad, no haber podido realizar estudios básicos o tener un trabajo por oposición del cónyugue. El tener que soportar a un marido con alcoholismo de cada fín de semana y tener antecedentes de haber sido maltratada en su niñez con un hogar desorganizado y carente de afectos.

Mi hipótesis inicial se corrobora en el sentido de que la falta de registro en el documento oficial que por ser confidencial no -

involucrado por el médico y que serviría para estar alerta y que demanda el apoyo intergrupal en la búsqueda de soluciones sociales tempranos.

En base a esto se pueden hacer nuevas preguntas o formular nuevas hipótesis:

1.- ¿Influye el grado de escolaridad de los padres? ¿De que manera?

2.- ¿Influye el número de miembros de una familia? ¿De que manera?

3.- ¿Influye el tipo de vivienda y espacio vital?

4.- ¿A quién se castiga más a los niños o niñas?

5.- ¿Qué tipo de castigo es más nocivo?

CAPITULO IX

CONCLUSIONES.

1.- Las motivaciones personales para la elección del tema, fueron producto de la angustiante vivencia laboral que nos ofrece el conocimiento de injustificables daños a los seres más indefensos y susceptibles de la naturaleza.

2.- Los tropiezos para la realización del presente estudio fueron imponderables, ya que no tenía un marco de referencias concreta, evidenciable. Los factores tiempo y falta de registro en los documentos oficiales de la Institución fueron un escollo insuperable.

3.- Ante el fracaso de búsqueda propuesta en los 3 consultorios señalados inicialmente, se dió la ruptura del programa de trabajo en un sincero afán de encontrar lo que de manera objetiva he constatado, en mi paso por los servicios de Urgencias, Pediatría y Medicina Familiar, pero que solo se registra sub-jetivamente en el terreno anecdótico.

4.- Las razones técnico-médicas, éticas o legales que tiene el médico Institucional, en especial, el médico familiar (que debiera estar más enterado de la dinámica familiar de sus O.H.), para omitir o soslayar la sospecha o evidencia de agresión física a menores, debería ser motivo de estudio a nivel psicológico, ya que el solapar o aceptar silenciosamente el daño que pretende ignorarse; nos convierte en cómplices y propiciadores de mayor agresión.

5.- Cada niño etiquetado como "problema" no es sino un signo emergente de conflictos familiares, víctima inocente de las insatisfacciones, desajustes maritales, de padres "problemas", inadaptados por inmadurez, deficiencia afectiva y/o intelectual o deficientemente estructurados en su niñez que reviven en sus hijos el mismo rechazo y desamor de que en su momento fueron objeto.

6.- El niño golpeado crece con una gran carga de agresividad reprimida que va a proyectar hacia la nueva familia, pues es muy probable que sea el varón quien maltrata a su mujer e hijos, con las vivencias de su niñez. Además será negligente en el cumplimiento de sus obligaciones dentro del hogar, y el mismo cuadro familiar deteriorado, negativo, inestable, en el cual se desenvolvió en su niñez, se proyectará en su nuevo hogar. La agresividad para con sus hijos y la proyección de esta destructiva conducta hacia ellos son también dañosas y graves consecuencias que producen los malos tratos a los niños. Así como él fué un niño maltratado, sus hijos lo serán y esto origina una larga y triste cadena de malos tratos a los niños, sólo suceptible de ser interrumpida por una adecuada tarea de rehabilitación y prevención.

7.- El mal trato en los niños, no es más que la forma más evidente de rechazo humano, junto con el abandono, la sobreprotección y la exigencia formativa, constituyen la depreciación personal, el resentimiento o sentimiento de culpa, que a nivel inconciente, por conflictos primarios no resueltos, lastran al individuo impidiéndole la gratificante autorrealización.

8.- La violencia parecería ser un síntoma de nuestro -- tiempo, una condición innata e irresoluble, gestora de una reacción de_ cadena, desquiciante y autodestructiva, que se desemina cual pandemia_ incurable del seno familiar a las comunidades y de ahí a las naciones;_ propiciando los delitos los fracticidios y las guerras absurdas. La úni_ ca posibilidad de solución radica en que los depositarios de la salud, - tengamos conciencia del problema, lo enfrentemos con valentía con una actitud preventiva en sus orígenes, el núcleo inicial la familia.

CAPITULO X

RECOMENDACIONES.

1.- Los malos tratos pueden producir afecciones psíquicas, procediendo la atención psiquiátrica a fin de proporcionar al niño maltratado posibilidades de superar los estados psíquicos originados por las agresiones, y de tener oportunidad para incorporarse a la sociedad en condiciones aceptables.

2.- La rehabilitación de los sujetos activos básicamente debe enfocarse desde los puntos de vista terapéuticos y orientación familiar. La rehabilitación no debe limitarse a la víctima de la conducta violenta; es necesario atender a los agresores, padres generalmente, a fin de que modifiquen su conducta y se pueda llevar a cabo la rehabilitación del niño, de la familia y del propio sujeto activo: esto es con el objeto de equilibrar el hogar en que se halla un niño maltratado, ayudándoles a elevar su propia estima, a crear o desarrollar valores éticos, sociales y familiares sólidos, de tal suerte que cumplan su misión frente a los niños con afecto, madurez y responsabilidad.

3.- Resulta indispensable sensibilizar a la comunidad para que acepte la existencia de los malos tratos como un hecho social triste, difícilmente comprensible y altamente dañoso, pero en todo caso cierto, real. La comunidad debe ser ilustrada para que conozca el problema, y alentada para que ayude a combatirlo; debe crearse o desarrollarse esa conciencia social, de manera que las personas que integran

la comunidad, ante los hechos de malos tratos no asuman una actitud - pasiva, contemplativa, sino que, por el contrario, actúen, que participen en la lucha contra este problema social pues su actitud positiva y activa sirven para prevenir y evitar en el futuro la comisión de malos tratos. Es necesario promover en la comunidad un claro y definido -- sentido de soliradidad humana, de civismo, así como un profundo respeto por los niños, seres indefensos que deben ser objeto de cuidados, - atenciones y cariño; se debe alentar a la población para que haga del - conocimiento a las autoridades competentes todas las situaciones de malos tratos a los niños, pues existen garantías legales que protejen a -- quienes denuncien estos hechos de buena fé. Sólo de esta manera tales instituciones estarán en posibilidad de someter tanto a niños como a -- agresores a los tratamientos preventivos y de rehabilitación que, a su vez, permitirán evitar futuras conductas que atentan contra los niños.

4.- Considero necesario promover actividades de desa-- rrollo y protección al niño, tanto en el sector público como en el privado, coordinar óptimamente tales actividades, incrementar los recursos destinados a las mismas e intensificar las tareas preventivas mediante la mencionada ampliación de recursos, teniendo presente en todo momento que la prevención de los malos tratos es tarea que a todos nos in-- cumbe y de la cual debemos tener una clara visión de responsabilidad.

CAPITULO XI

RESUMEN.

Durante el proceso de mi formación como médico familiar, se manifestó en mí la necesidad por ocuparme de un problema que hasta ahora no había sido atendido en nuestro medio: El grado, tipo y causas de la agresión al ser humano en su etapa más vulnerable, no sólo por su indefensión física, sino porque además en este período, las experiencias ingratas de rechazo, desamor y castigo inmerecidos, dejarán una indeleble en su personalidad, marcándolos para siempre con el resentimiento hacia los demás, con la agresividad activa como una tónica de comportamiento y deficiente relación; para con ello lograr acaparar la atención y sanción que en su inconsciente emerge como sentimiento de culpa por haber nacido.

Con grandes dificultades para la captación de los sujetos motivo de este estudio, derivadas de la falta de un registro en todas las formas oficiales de la atención médica, en todas sus áreas y especialidades; finalmente, se detectaron 77 posibles casos de "Síndrome del Niño Maltratado" los cuales debieron ser depurados mediante la disponibilidad de localización de domicilio, registro de consultorio y consignación de datos en el expediente clínico.

Los resultados mostraron predominio de castigo en los niños que cursan la difícil etapa de iniciación escolar, más de dos terceras partes del total de la muestra localizada, según sus propios

padres, son hijos no deseados, por formar parte de familias numerosas, en situación económica precaria y con deficiente información anticonceptiva. La responsabilidad de cuidado de los menores en su mayoría recáe en la propia madre, quien pasa el mayor tiempo con ellos, pero con una actitud negativa de revanchismo a sus personales carencias afectivas, -- sus frustraciones, humillaciones, privaciones sociales, culturales, económicas, nutricionales y sujeta a la angustia cotidiana del hastío, y la sinrazón existencial. Los motivos que se argumentaron para causar el daño, son la maldad en los hijos y la corrección disciplinaria.

El desinterés por los hijos castigados es tal, que aún durante las entrevistas domiciliarias, no se me permitió el acercamiento - para un reconocimiento físico, pudiendo notar en los niños su aspecto -- triste, indiferente y descuidado.

La investigadora está consciente de su pobre participación en un problema que por su repercusión social e inevitable manejo familiar es de una trascendencia insoslayable. Si bien las dificultades para detectarlo fueron muy superiores a las expectativas que me había formado, el problema persiste, está ahí, agazapado, en gestación, como expectante de que las convulsiones sociales y la depauperación anímica le permitan su expresión dominante.

Con la frustrante experiencia que ahora he recibido, puedo formular la hipótesis de que la magnitud situacional es muy superior a mi fantasía, toda vez que las manifestaciones de castigo corporal son - una mínima expresión del daño psicológico que por ser más sutil, sólo

lo percibimos indirectamente como somatizaciones, desajustes conductuales y trastornos de la personalidad.

Es comprensible, aunque no disculpable, el que el Médico no desee abordar tan oceánico problema, además de remover nuestra -- conciencia y pasado personales, nos deja la desoladora sensación de estar igualmente inermes ante la agitante agresividad social imperante.

BIBLIOGRAFIA.

1.- Caffey J. and Cols,
Child Abuse: The swing of the pendulum,
British Medical Journal 1946; 56:163-73.

2.- Foncerrada Moreno Miguel y Cols,
El Niño Maltratado,
Rev. Fac. Med. Méx.

3.- Foncerrada Moreno Miguel y Cols,
El Niño Víctima del Maltrato Físico,
Rev. Méd. IMSS (Méx), 1982, 20:457.

4.- Halberstam Michael J.
Medicina Moderna,
Excélsior, 2 de noviembre de 1977 México.

5.- Iñigo Laviada,
Abyecciones Criminales. Niños golpeados,
Excélsior 22 de febrero de 1978. México, D. F.

6.- Lesiones Intencionales en los niños,
Abboterapia. Núm. 190. México 1974 pág. 2.

7.- Middendorff Wolf,
Criminología de la juventud,
Ediciones Ariel, Barcelona, 1964, pág. 122.

8.- Raimer Ben G. Md and Cols,
Cutaneous signs of child abuse,
J. Am Acad Dermatol 5; 203-212, 1981.