

11226.



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO**

FACULTAD DE MEDICINA

DIVISION DE ESTUDIOS SUPERIORES

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

UNIDAD MEDICA FAMILIAR No. 1

**LA ATENCION INSTITUCIONAL AL NIÑO MALTRATADO  
ESTUDIO PROSPECTIVO EN LOS SERVICIOS DE SALUD  
DEL I.M.S.S. EN LA CIUDAD DE PUEBLA, PUE. 1984**

**T E S I S**

QUE PARA OBTENER LA ESPECIALIDAD EN

**MEDICINA FAMILIAR**

PRESENTA

**Dra. ROSA TREJO AGUILAR**

**PUEBLA, PUE.**

**1985**

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**



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

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

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

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

## I N D I C E

INTRODUCCION.....	1
CONSIDERACIONES GENERALES.....	2
CLASIFICACION.....	5
INCIDENCIA.....	7
ETIOLOGIA.....	8
HISTORIA CLINICA.....	9
TRATAMIENTO.....	14
PRONOSTICO.....	16
MATERIAL Y METODOS.....	17
RESULTADOS.....	22
PERFIL DEL NIÑO MALTRATADO.....	23
PERFIL DEL PADRE GOLPEADOR.....	24
CONCLUSIONES.....	25
BIBLIOGRAFIA.....	29

## 1. INTRODUCCION

Los principales motivos de este trabajo de investigación pretenden determinar.

- 1.1 La magnitud del problema que representa el niño maltratado para el I.M.S.S. en Puebla, Pue..
- 1.2 La metodología con que cuenta la Institución para detectar niños con éste síndrome.
- 1.3 La existencia de protocolos institucionales multidisciplinarios para el tratamiento y la prevención del niño maltratado, así como su educación en virtud de la proporción del abatimiento de las tasas de incidencia de un año.

Ya que la repercusión dentro del núcleo familiar, dinámica familiar, desarrollo de la personalidad, y el desenvolvimiento del niño dentro de la sociedad, tiene trascendental importancia; aunados todos estos factores con la predisposición que todos tenemos en relación a ser potencialmente agresivos en base a las circunstancias que nos rodean, hacen que adquieran mayor importancia el estudio de niños maltratados.

El maltrato a los niños anteriormente se enfocaba como problema, sólo en función de la víctima, ahora vemos que se han de estudiar los factores sociales y ambientales del conflicto.

Los golpeadores no se deben ignorar como anormales y perversos sino como padres a quienes debemos de ayudar a su readaptación, ya que son el producto del ejemplo que tuvieron en su infancia, de su mal ambiente, así como su carencia de familia organizada. No solo pensamos en el daño físico del niño, sino en la mutilación de su espíritu; lo cuál causará que este se transforme en una persona traumada que más tarde se proyectará. (8, 11, 13, 22).

Por lo tanto es un problema médico, legal, social, moral y psicológico, que no puede tratarse en forma unidimensional (6).

Este síndrome ha sido reconocido en la historia de los grupos familiares desde varios siglos atrás, - cuando la agresión a menores era consecuencia de - un nivel educacional pobre, de la tensión y del - estado psicológico de los padres o los tutores, y la sanción física constituía un patrón de autoridad en la relación padres-hijos. Esta conducta inapropiada que persiste, expone potencialmente a niños de toda edad. (1,4,5,14,17,18,20,27).

- 1.4 Otro de los propósitos de éste trabajo sobre el - síndrome del niño maltratado, es investigar el - porqué en nuestro medio, frecuentemente es poco estudiado y comprendido, y se pretende que el personal sea capaz de conocerlo, diagnosticarlo y no se le dé tanta importancia como alguna otra patología, los objetivos que se desean son que tanto el médico familiar como el no familiar detecte y diagnostique tempranamente el maltrato a menores en un núcleo familiar.
- 1.5 Establecer ante la presencia de un menor víctima de maltrato que siempre deberá actuarse en forma coordinada, es decir con asesoría psicológica y legal.
- 1.6 Emplear un criterio de selección que permita identificar los grupos de alto riesgo.
- 1.7 Generar alternativas de acción, con base científica, en forma familiar, según alteraciones identificadas en la dinámica familiar, estableciendo factores de riesgo.

## 2. CONSIDERACIONES GENERALES

La indiferencia hacia éste síndrome esta dada por la desvalorización del niño como ser humano, remontando

se, estos hechos desde génesis en que se abusaba del niño para agradar a Dios, así como la matanza de -- niños ordenada por Herodes; como en la India los pequeños nacidos con defectos físicos los consideraban como instrumentados del diablo y eran destrozados, así también la explotación de criaturas indefensas para la supervivencia de los padres mediante la amputación de alguna extremidad o la extracción de algún ojo - para convertirlos en limosneros, (16,19).

Sabemos que las causas del maltrato infantil son multifactoriales por lo cuál es importante inicialmente hacer el análisis de padres potencialmente agresores, lo cuál esta dado por las circunstancias que lo rodean durante su desarrollo, dentro de las que se incluyen: Antecedentes de haber sido golpeados en su infancia, aislamiento social, privación alimentaria, marginación familiar, exhibición de defectos físicos, cambios de afecto en la niñez, repercutiendo todo esto en la edad adulta, por el espectro de agresión de - cada uno de nosotros, este espectro depende de tres factores fundamentales que son:

- . Control de impulsos
- . Grado de frustración
- . Capacidad para afrontar y resolver los problemas(1)

Conociendo los factores predisponentes de los padres potencialmente agresores y sus consecuencias, debemos analizar las relaciones interpersonales ya que son - importantes durante la vida y sus dimensiones, adquieren proporciones especialmente significativas desde el período neonatal, época en la cual se establecen - lazos de unión simbiótica, (6) así como características de los padres potencialmente agresivos desde el - nacimiento, como son:

- . Preocupación excesiva por el desarrollo y sexo del bebé.
- . Depresión y negación del embarazo.
- . Falta de apoyo del esposo o de la familia.
- . Que el embarazo haya sido considerado por los padres como pretexto para mantener la unión.
- . Decepción por el sexo del bebé.
- . Falta de comunicación de los padres.

- . Los padres deseaban un aborto pero era demasiado - - tarde (19).

Un área de particular interés por la estricta relación con el bienestar y desarrollo del niño, es el área familiar puede ser consecuencia de factores psicossociales, como son las relaciones distantes o abiertamente hostiles entre los padres, la hostilidad de los padres hacia el niño, la existencia de enfermedad física o mental en algún miembro de la familia, el desconocimiento o falta de conceptualización sobre el ser padres (10,6). Para una mejor comprensión de niños maltratados es necesario conocer todos los aspectos ecológicos -- tanto familiares como sociales con la repercusión que tienen al involucrarse emocionalmente al niño con su sistema familiar, todos estos factores no pueden ser -- ajenos a él, ya que la familia constituye el nexo social más significativo y duradero para el niño (9).

La forma en que los padres tratan a sus hijos esta -- determinada por la relación exacta que ellos recibieron en su infancia, o bien por los esfuerzos de crear una familia diferente a la que vivieron cuando eran -- niños, siendo la familia un sistema de intercambio -- emocional de amor y de agresión que fluya en todas -- las direcciones y en distintos grados en constante interacción, esto relacionado a la actitud de los padres hacia los hijos; esta basada en varias funciones que -- son:

- . Cuidar de los niños asegurando su subsistencia física a través de la satisfacción de necesidades materiales de abrigo, alimento y protección física.
- . Promover lazos de afecto y de unión social que son -- la matriz de la capacidad de relación con otros seres humanos.
- . Facilitar el desarrollo de la identidad personal, -- ligada a la identidad familiar y a la identidad -- social.
- . Dar oportunidad a los niños para que se entrenen en -- las tareas de participación social o integren su papel psicosexual; esto esta condicionado por la imagen que de su propia madurez e integración sexual dan los -- padres a sus hijos.

### 3. CLASIFICACION

El maltrato a niños, lo podemos agrupar en diversas lesiones y negligencias que se asocian frecuentemente con abuso.

#### 3.1 Abuso físico.

Quemaduras cuando el patrón no corresponde a la historia dada.

Fracturas especialmente comminutas de los huesos largos.

Hematomas subdurales secundarios a lesiones contusas.

Golpes con cinturón o cordón eléctrico.

Arrancamiento de cabello con hematoma del cuero cabelludo.

Torceduras de oído, resultado equimosis del mismo, ruptura de la membrana timpánica, hemorragia retiniana, -- abrasiones múltiples y contusiones en diferentes etapas

Quemaduras por cigarro, marca de golpes en las mejillas fracturas en diferentes etapas de curación.

Amputación de algún miembro.

El abuso en los niños puede definirse como una carencia de cuidados y protección razonable por sus padres, tutores o familiares. La frecuencia del abuso físico es aproximadamente de 500 casos por millón de población por año. Por consiguiente, en una ciudad de 100,000 habitantes, se puede detectar -- cerca de 50 nuevos casos por año.

Cuando los casos de descuido sean reportados con mayor energía, su número igualará a números superiores.

El abuso en los niños es más frecuente en los infantes.-- Los niños de menor edad tienen más alto riesgo debido a que -- ellos son más exigentes, indefensos y no hablan. Los cálculos aproximados de la edad común para el abuso en los niños, es que un tercio ocurre en niños menores de un año de edad, -- un tercio en edades de uno a tres años, y otro tercio por -- arriba de los tres años.

#### 3.2 Abuso sexual.

El abuso sexual se puede definir como cualquier explotación sexual de las personas por abajo de los 18 años de edad, por un adulto que tiene parentesco con la familia. El abuso sexual incluye incesto, contacto orogenital, sodomía, molestación, manipulación digital, etc..

Con frecuencia el incesto no se diagnostica a menos que el médico busque cuidadosamente las razones de infecciones inexplicables del tracto urinario, de vaginitis o cuando las niñas de corta edad escapan de su casa. -- Cuando conviven con un padrastro o novio de la mamá hay mayor probabilidad de que ellos se involucren en ése tipo de problemas que el padre natural. El incesto requiere que se informe a la asistencia pública encargada de los niños y separación del niño del adulto agresor.

#### 3.4 Abuso emocional.

El abuso emocional incluye a las víctimas propiciatorias continuas aterrorizaciones y rechazo.

Probar este tipo de abuso en los niños es casi siempre imposible, quizás es afortunado que estos niños sean abusados físicamente, se abandonen o que se encierren en sus cuartos. En este punto, es posible legalmente mudar al niño del ambiente destructivo (26).

#### 3.5 Narcotización o envenenamiento intencional.

Este raro tipo de abuso en los niños podría definirse como la narcotización intencionada de un niño por el adulto que lo cuida o lo tiene a su cargo. Este incluye la narcotización con sedantes que usan los adultos o cuando comparten los narcóticos u otras drogas peligrosas con los niños.

#### 3.6 Omisión de tratamiento médico.

Cuando un niño con una enfermedad crónica susceptible de tratamiento sufre una considerable agravación o repetidas situaciones de amenaza letal porque sus padres desatienden deliberadamente las recomendaciones del médico, el caso debe denunciarse para someterlo a tutela legal o para estudiar una posible adopción.

La casuística registra ejemplos de niños asmáticos que no recibieron Aminofilina, diabéticos a quienes se priva de Insulina o pacientes con tuberculosis activa que no recibieron Isoniazida. Requieren también una orden judicial de hospitalización y tratamiento de las situaciones de emergencia, que los padres no quieren reconocer como tales. Podemos citar como ejemplo una transfusión de sangre rehusando por prejuicios religiosos, un niño con Meningitis que los padres quieren confiar a un curandero, la hospitalización de un niño gravemente enfermo y deshidratado denegado por el padre a causa de su fobia a los hospitales, o la negativa de los padres a internar a un niño de tendencia suicida, alegando que no padece una afección emocional grave, -- todos estos problemas requieren que una tentativa de persecución antes de recurrir a la vía judicial (7,17).

#### 4. INCIDENCIA

La incidencia del abuso físico oscila entre el 6 y el 10 por 1000 de los niños nacidos vivos. La prevalencia -- aproximada es de 380 casos por millón. Cerca del 10% de las lesiones de los niños menores de 5 años de edad observados -- en los servicios de urgencias y hospitalizados han sido provocadas voluntariamente. El abuso físico es la principal -- causa de mortalidad de los niños entre los 6 y 12 meses y -- ocupa el segundo lugar.

El insuficiente desarrollo es el diagnóstico primario -- en el 5% de los niños internados antes de los 2 años.

##### 4.1 La víctima.

El niño objeto de malos tratos suele ser menor de 7 años los niños más pequeños corren mayor riesgo, porque están necesitados de ayuda son indefensos y no pueden expresarse. Se calcula que las víctimas de abuso físico son -- menores de 6 meses de edad en un tercio de los casos, su edad oscila entre los 6 meses y los 3 años en otro tercio y el resto pasa de los 3 años (1,15,26).

## 4.2 El adulto responsable.

En todos los casos sociales hay padres culpables de malos tratos, pero la incidencia es algo mayor en tres grupos.

- 4.2.1 Los miembros de sectas religiosas radicales prouenden a la violencia física, cuando su creencia les lleva a suponer que el castigo riguroso responde a la voluntad divina.
- 4.2.2 También se le ha registrado una incidencia mayor en las bases militares.
- 4.2.3 Entre los grupos sociales más necesitados la incidencia es asimismo mayor por las frecuentes crisis familiares el abuso físico es más corriente entre las mujeres, puesto que es la madre quien más tiempo con vive con los niños.

La incidencia en el sexo masculino aumenta cuando el padre esta en paro forzoso. De la negligencia grave en la alimentación es casi siempre responsable la madre (f,4,11).

## 5. ETIOLOGIA

El 5% de los casos se trata de un progenitor psicótico, -- capaz de cometer un homicidio. El otro 5% de los casos es por inadaptación social patológica de un progenitor que castiga vi lentamente sin reparar en los peligros de su agresión, y que muchas veces tiene antecedentes de malos tratos contra el cónyge o dificultades con la justicia. Pero en el 90% restante de -- adultos responsables no interviene el factor psicótico ni hay -- antecedentes penales. La agresión contra el niño surge en un -- arrebató colérico provocado por la conducta del pequeño, muchos de estos padres habian sufrido también castigos violentos durante su infancia, y la incapacidad para controlar su impulsividad constituye entonces un reflejo de su propio sufrimiento. Muchas veces son individuos depresivos y solitarios que no encuentran -- ayuda ni apoyo en la vida matrimonial por su retraimiento son -- incapaces de acudir a las instituciones benéficas o a los fami-

liares en las situaciones de crisis. (5,14,24,25).

A la agresión violenta concurren la personalidad del progenitor, la personalidad del hijo y determinadas circunstancias.

La personalidad exigente del niño puede deberse a una invalidez que requiere continua solicitud, a veces se trata de niños hiperactivos, testardos o incluso niños precoces más inteligentes que sus padres; de una forma u otra la víctima del abuso físico es diferente de sus hermanos. Las circunstancias propias para la agresión suelen darse en un día de crisis, a menudo en momentos de problemas económicos por la pérdida del empleo o de la vivienda, pero también a raíz de frustraciones cotidianas. Otra crisis frecuente se produce cuando el niño llora incesantemente a causa de alguna enfermedad aguda. También pueden desencadenar una crisis la interrupción del acto sexual por el llanto del niño, el diagnóstico de un embarazo no deseado o el nacimiento de otro hijo, un cambio de domicilio o la necesidad de atender a una familia numerosa (14,17,19).

## 6. HISTORIA CLINICA

Muchos casos de abuso físico pueden sospecharse ya por la historia inverosímil que relatan los padres para explicar las lesiones del niño. Para la anamnesis son imprescindibles los datos precisos sobre el pretendido accidente (lugar, momento exacto, sucesión de los acontecimientos, personas presentes, asistencia médica buscada, etc.). Si es necesario se exigirán detalles exactos. Cuando el niño lesionado es mayor de tres años conviene interrogarlo en ausencia de los padres, si admite que ha sido maltratado por un adulto su versión es casi siempre merecedora de crédito. A continuación enumeramos los principales tipos de historia ficticia.

### 6.1 Traumatismos inexplicables.

Algunos padres se resisten a describir las circunstancias en que se ha producido el traumatismo, y otros alegan un total desconocimiento de los hechos.

Historias discrepantes. A veces hay discrepancias entre los relatos de ambos padres o entre la historia que ellos cuentan y el hallazgo real.

## 6.2 Exploración física.

Contusiones, mallugaduras, cicatrices, etc..

La mayoría de estas lesiones hablan por si mismas los golpes en la región ocular dan lugar a hematomas periorbitales cuando para el castigo se emplea un instrumento duro, la disposición de los hematomas recuerda a menudo su forma, las huellas cutáneas en forma de lazo inducen a pensar en la flagelación con una cuerda doblada. -- Cuando el niño ha sido agarrado violentamente sus brazos pueden presentar las huellas cutáneas de los dedos o de toda la mano, las tentativas de alimentación forzada e impaciente de un niño que no deja de llorar pueden lesionar el labio superior y el frenillo. También pueden recibir golpes en la boca los niños mayores, los hematomas localizados en las nalgas y en la región lumbar son -- casi siempre consecuencia de un castigo, aunque no deben de confundirse con traumatismo, las máculas moféticas -- hemos visto latigazos cusados con un cinturón pero también huellas de reglas, bastones o incluso de las vías de un tren eléctrico de juguete. El vestigio de una mordedura humana es inconfundible por su forma, con -- hiperpigmentación periférica y centro claro. Otros -- niños presentan tatuajes practicados con un alfiler o una navaja de afeitar. En otros casos pueden verse -- huellas de estrangulación en el cuello o vestigios circulares del cordel usado para atar los tobillos o las muñecas, en presencia de contusiones o cicatrices múltiples, que pueden hallarse en los más diversos estadios de curación, cabe pensar que los castigos violentos son habituales. ( 9,14,19,24)

- 6.3 Aproximadamente el 10% de los casos de abusos físicos -- presentan quemaduras, la forma más frecuente es la quemadura de un cigarrillo se trata de áreas circulares y -- perforadas de tamaño uniforme, que a menudo se hallan en las palmas de las manos, plantas de los pies o en el abdomen. En algunos casos el cigarrillo se ha aplicado a la mano del niño para erradicar la costumbre de chuparse el dedo. Son más pequeñas pero similares, las lesiones causadas por el incienso ardiente. Es preciso establecer el diagnóstico diferencial con el impétigo buloso, aunque en esta afección el número de las lesiones aumentan durante la hospitalización del niño. Las escaldadu

ras con agua caliente como castigo de la enuresis o de la encopresia. El resultado es una escaldadura circular, con la señal precisa del nivel del agua en los muslos y en el dorso de las manos y los pies quedan indemnes, lo cual - desmiente la explicación de que el niño se ha caído en un recipiente con agua caliente o ha abierto el grifo del agua caliente mientras se estaba bañando. A veces las quemaduras se producen vertiendo el agua hirviendo sobre el niño, y en este caso las lesiones difícilmente pueden distinguirse de un accidente por salpicadura. La inmersión forzada de una mano o un pie pueden diagnosticarse - por la escaldadura que sobrepasa la muñeca o el tobillo, ningún niño es tan atolondrado para sumergir profundamente una extremidad en agua hirviendo (19, 22,25).

#### 6.4 Traumatismos oculares.

Las lesiones oftálmicas del niño maltratado pueden consistir en hemorragia aguda de la cámara anterior, luxación - del cristalino y desprendimiento de la retina. En más - del 50% de los casos la consecuencia es un menoscabo permanente de la visión en uno o en ambos ojos. Las hemorragias retinianas pueden ser también indicio de una lesión del sistema nervioso central.

#### 6.5 Lesiones del Sistema Nervioso Central.

Las lesiones más graves por la amenaza letal y por la gravedad de las consecuencias, son los hematomas subdurales. A menudo estos niños ingresan con coma y convulsiones, - algunos de ellos presentan fracturas múltiples del cráneo por golpes contra una pared o una puerta. Pero en más de la mitad de estos casos no se observan fracturas. Estos traumatismos se califican hasta hace poco como hematomas subdurales espontáneos, pero los informes recientes demuestran que el hematoma subdural inexplicable se debe a la - violencia.

Los rápidos movimientos de aceleración cefálica debidos a las violentas sacudidas ocasionan rupturas venosas con - hemorragias, generalmente bilaterales, al espacio subdural. Las hemorragias retinianas casi nunca faltan y contribuyen a establecer el diagnóstico. La exploración de los traumatismos permite describir a veces otras lesiones antiguas. Es muy importante que el médico abandone la - noción de hemorragias subdurales espontáneas en niños -- pequeños. Los hematomas subdurales debido a traumatismos

obstétricos dan otra sintomatología (19).

#### 6.6 Lesiones de las vísceras abdominales.

El diagnóstico del traumatismo causado voluntariamente - requiere un análisis hemático que debe comprender el -- tiempo de hemorragia, recuento de trombocitos, el tiempo parcial de la tromboplastina. De este modo pueden determinarse fácilmente si es cierto que el niño tiene propensión a los hematomas craneales de vez en cuando, el descubrimiento de una púrpura trombocitopénica idiopática - permitirá descartar la sospecha de malos tratos. Los - casos de insuficiente desarrollo corporal sin otras anomalías comprobables a la exploración física no requieren de muchas pruebas de laboratorio, bastará de un cuadro hemático completo la determinación de la velocidad de sedimentación globular, el análisis de orina, el cultivo de orina, el P.H. de las heces, los electrolitos séricos y el nivel del calcio y nitrógeno ureico en sangre (3,6, 9).

#### 6.7 Hallazgos Radiológicos.

El exámen radiológico de los huesos largos, del cráneo, las costillas y la pelvis, suelen bastar para el diagnóstico de malos tratos. Esta exploración es siempre conveniente ante la sospecha de un abuso físico. Al mismo - exámen deberían someterse los pacientes con hipoalimentación confirmada ya que el 5 al 10% de estos niños sufren también traumatismos óseos, en algunos casos la fractura es abierta. Aunque el niño sea demasiado pequeño para explicar lo sucedido el hallazgo radiológico es elocuente, ya que las lesiones de los huesos largos, por opresión - torción o tracción, suelen presentar desgarros del perióstio y fragmentación angular de la metáfasis. La fractura conminuta ( o angular), es visible a la radiografía inmediatamente después del traumatismo. Así los 10-14 días empieza la calcificación periférica de la hemorragia subperióstica en la radiografía ofrece el aspecto de un -- secuestro involucrado. Unas 4-6 semanas más tarde la - calcificación bajo el periostio empieza a reblandecerse y remodelarse.

El diagnóstico radiológico es de gran utilidad cuando de muestra la presencia de múltiples lesiones óseas, en diversos estadios de curación. La radiografía indica entonces la repetición de los actos de violencia. Las fracturas costales son un hallazgo común aunque estas alteraciones radiológicas se deben a fuerzas aparentemente insuficientes para causar fracturas, conviene llamar la atención sobre su brutalidad. Cuando las primeras placas son normales pero existen signos clínicos de traumatismo, muchas veces la radiografía tomada dos semanas después confirma las sospechas de una fractura epifisiaria sin desplazamiento, por la presencia de un callo bajo el periostio.

Ciertos trastornos óseos como la osteogénesis imperfecta, la hiperostosis cortical infantil, el escorbuto, la sífilis y las neoplasias pueden tener alguna semejanza con los traumatismos por abuso físico.

Pero el diagnóstico diferencial no ofrece dificultades al radiólogo experto (1,13,11,20,24).

## 6.8 Diagnóstico

### 6.8.1 Diagnóstico de abuso físico.

El niño maltratado representa un patrón de comportamiento característico, de desconfianza, apatía con defectos perceptuales como consecuencia de daño cerebral cuando existe.

Encontramos también lesiones inexplicables, en resumen:

Ciertas contusiones, quemaduras y cicatrices ( descritas en páginas anteriores ), tienen valor patognomónico. Los hematomas subdurales no ocurren espontáneamente, y muchas veces se deben a sacudidas violentas; el diagnóstico de fracturas conminutas y/o lesiones óseas múltiples en fases diversas de curación.

### 6.8.2 Diagnóstico de desnutrición.

El niño desnutrido engorda rápida y fácilmente en el hospital, ha sido sin duda víctima de negligencia por parte de los padres. Se considera que el aumento de peso es rápido cuando sobre pasa los 42.5 gr. diarios durante una semana, en todo caso el aumento ponderal es mucho mayor que el observado en el domicilio durante períodos similares. Duran-

te el primer año de vida el promedio del aumento ponderal es aproximadamente el siguiente:

Hasta los	3 meses.....	25.5 gr. al día
" "	3-6 meses.....	22.5 gr. al día
" "	6-9 meses.....	16.5 gr. al día
" "	9-12 meses.....	11.5 gr. al día

El rápido aumento ponderal en el niño desnutrido a causa de negligencia difiere del aumento de peso observado en otras ocasiones (12,09,22).

Aproximadamente un 15% de las admisiones por insuficiente desarrollo se diagnostican ya al alimentar al niño y observar su inapetencia. El niño puede ser incapaz de succionar o sufrir además una disfagia, en general la perturbación se debe a un defecto del Sistema Nervioso Central, sugerido ya por la microcefalia concomitante, el retardo en el desarrollo físico, psíquico, la hipotonía muscular o las crisis epilépticas la mayoría de los casos puede sospecharse ya por simple exploración física (25).

## 7. TRATAMIENTO

Ante la sospecha de maltrato al niño debe de procederse a los siguientes puntos.

- 7.1 Hospitalización del niño. Debe internarse todo niño de quien se sospeche que es víctima de alguna forma de abuso.

La extensión o gravedad de las lesiones no constituye un criterio esencial para la hospitalización; un niño víctima de lesiones leves que regresa a su domicilio puede sufrir un segundo traumatismo de consecuencias fatales el mismo día. Para justificar el internamiento ante los padres conviene comunicarles que las lesiones deben someterse a observación (7,15).

- 7.2 Tratamiento de las lesiones y de la desnutrición. Una vez internado el niño los problemas médicos y quirúrgicos deben enfocarse de la forma usual, en ocasiones el médico encargado del tratamiento deberá consultar especialistas en cirugía ortopédica, oftalmología, neurología, neuroci-

rugía y cirugía plástica.

Cuando existan hallazgos físicos visibles, se obtendrá una fotografía en color antes de que remitan, en caso de insuficiencia ponderal las fotografías obtenidas en el momento del ingreso y una mes más tarde suelen bastar para ilustrar el grado de desnutrición y pueden ser de utilidad ante un tribunal (20).

- 7.3 Ofrecer la ayuda necesaria a los padres. Es necesario, -- evitar la confrontación, los reproches y los interrogatorios repetidos. El médico encargado de los casos deberá -- ver todos los días ha estos padres, si falta esta comunicación óptima seguirá inevitablemente la suspicacia. Cuando el niño ha ingresado con traumatismos múltiples que ponen en peligro su vida o cuando ha muerto a consecuencia de -- las lesiones, el progenitor se someterá inmediatamente ha un exámen psiquiátrico, ya que puede tratarse de un individuo psicótico o de tendencia suicida (22).
- 7.4 Informe a una Institución Protectora. El informe se deberá de hacer lo más pronto posible al ingreso del niño al hospital; en Puebla se cuenta con D.I.F., Procuraduría de Defensa del Menor. Redactar un informe médico que contenga los datos siguientes:
- Historia. La pretendida causa de las lesiones o de la -- desnutrición.
- Exploración Física. Descripción de la lesión o datos sobre el peso corporal antes de la hospitalización y durante la -- misma. Pruebas de laboratorio efectuadas y eventualmente radiografías.
- Comentario. Exposición razonada de la sospecha de trauma-- tismo accidental o de la causa de la grave desnutrición indicando los peligros especiales para la futura seguridad del niño. (8.14).
- 7.5 Transferencia del progenitor necesitado de psicoterapia de urgencia. Una vez comunicado el diagnóstico, algunos padres sufrirán una reacción colérica u otras emociones violentas -- que es necesario sofocar, por lo común el médico no puede --

enfrentarse sólo con tales problemas, por lo que puede - confiar con Trabajo Social, si los padres se oponen a las recomendaciones del médico y pretenden llevarse de nuevo al niño, es preciso solicitar una orden judicial (27).

- 7.6 Alta del paciente. El organismo de protección de menores decide si es necesario la vigilancia a domicilio por disposición judicial, el control voluntario a domicilio o el ingreso del niño a un orfanatorio.
- 7.7 Tratamiento psicosocial. Para la coordinación de la psicoterapia interviene ante todo la institución protectora, el tratamiento deberá empezar durante la hospitalización del niño; en ciertos casos individuales han resultado útiles algunas innovaciones en el tratamiento, con los grupos de padres anónimos, las llamadas telefónicas de urgencia, guarderías infantiles. La psicoterapia para niños el asesoramiento conyugal, la rehabilitación emocional, etc. La institución protectora de menores, efectúa, también visitas domiciliarias y localiza al paciente perdido de vista. Por la extrema juventud de los padres la mayor parte de los casos de malos tratos pertenecen a los tribunales de menores (23,28).

## 8. PRONOSTICO

De los niños que son maltratados y se devuelven a su hogar sin tratamiento alguno, se ha comprobado que aproximadamente el 5% son víctimas de nuevas violencias con desenlace fatal, el 35% sufren nuevas agresiones. En cambio si se han adoptado medidas terapéuticas y vigilancia ha esa familia es raro que se vuelvan a producir lesiones o en su defecto estas son pequeñas.

Se ha comprobado que en las familias que no recibieron tratamiento los padres reinciden en el abuso y los niños se vuelven hacia la agresión, la violencia y más tarde al delito por lo que debemos romper con este círculo vicioso. - Por lo que debemos proteger y rehabilitar al niño en etapas tempranas y no afrontar más tarde su comportamiento desviado (4,18,19,27).

## 9. MATERIAL Y METODOS

Se tomaron 100 casos de niños maltratados de Enero a -- Diciembre de 1984. La población seleccionada para la investigación esta constituida por personas que acuden a los centros de atención como el I.M.S.S., D.I.F., C.R.E.E. y el Centro de Observación y Rehadaptación para el infractor Menor en Puebla, Pue., mediante la aplicación de 100 encuestas (cuestionarios), en dichos centros, así como cuestionarios a los médicos para recopilar información sobre la experiencia que tiene el médico en caso del Niño Maltratado, si lo diagnostica a tiempo y sobre el tratamiento que se le otorga tanto al niño como a los padres - ( ver cuestionarios 1 y 2 ).

Comprende adultos de todos los estratos socioeconómicos y culturales, directamente relacionados con niños que demuestran evidencia de maltrato no habiéndose limitado la -- selección por edad o sexo. Considerandose la variable -- relevante en pacientes con evidencia clínica de falta de cuidado y protección por parte de sus padres, tutores o personas encargados de ellos. Asimismo del mismo cuestionario aplicado a los padres se tomaron los puntos más relevantes como padres que fueron golpeados en su niñez, -- padres alcohólicos, padres drogadictos y que ahora son -- golpeadores, estableciéndose el total y el porcentaje en cuanto a los casos seleccionados y que ha continuación se desglosan.

	MASC.	FEM.	TOTAL	%
9.1 Padres golpeados	35	42	77	25.58
Padres alcohólicos	63	37	100	33.22
Padres drogadictos	14	10	24	7.97
Padres golpeadores	38	62	100	33.22

9.2 OCUPACION	CHOPER	AIBANIL	OBRERO	PROFESIONISTA
Con trabajo estable	32	26	30	35
" " esporádico	62	35	28	26
No trabajan	6			
Total	100			

9.3	ESCOLARIDAD	MASC.	FEM.	TOTAL
	Primaria completa	18	23	41
	Primaria incompleta	10	14	24
	Secundaria completa	8	4	12
	Secundaria incompleta	6	10	16
	Profesional	5	2	7
	Total	47	53	100

9.4		No.	%
	Padres casados	22	22
	Padres divorciados	64	64
	Padres en Unión Libre	14	14

9.5	En cuanto al niño.	No.	%
	Hijo deseado	38	38
	Hijo no deseado	62	62
	Con malformaciones congénitas.	12	12
	Hijo normal	88	88

9.6	En cuanto a la familia	No.	%
	Familia pequeña	18	18
	Familia numerosa	82	82

9.7	En cuanto a las características de la vivienda	No.	%
	Adecuada	8	8
	Deficiente	92	92

10. CUESTIONARIO No. 1

ANTECEDENTES DEL PADRE

- 1.- Nombre Completo \_\_\_\_\_
- 2.- Edad y sexo \_\_\_\_\_
- 3.- Escolaridad \_\_\_\_\_
- 4.- Ocupación actual, trabajo permanente o esporádico. \_\_\_\_\_
- 5.- Alcoholismo o drogadicción \_\_\_\_\_
- 6.- Antecedentes de haber sido golpeado \_\_\_\_\_

ANTECEDENTES DE LA MADRE

- 1.- Nombre, edad y sexo \_\_\_\_\_
- 2.- Escolaridad \_\_\_\_\_
- 3.- ¿ A que se dedica ? \_\_\_\_\_
- 4.- ¿ Cuantos hijos tiene ? \_\_\_\_\_
- 5.- ¿ Conviven ambos con sus hijos ? \_\_\_\_\_
- 6.- ¿ A todos sus hijos los quieren igual, o alguno es el -- predilecto ? \_\_\_\_\_
- 7.- Los padres se encuentran casados, separados, divorciados o en Unión Libre \_\_\_\_\_
- 8.- Sus relaciones conyugales como son : Buenos, Regulares o Malas. \_\_\_\_\_
- 9.- Alcoholismo o drogadicción \_\_\_\_\_

CARACTERISTICAS DEL NIÑO

- 1.- Nombre \_\_\_\_\_
- 2.- Número de afiliación \_\_\_\_\_
- 3.- Dirección \_\_\_\_\_
- 4.- Edad y sexo \_\_\_\_\_
- 5.- Hijo deseado o no deseado \_\_\_\_\_
- 6.- Peso al nacer \_\_\_\_\_
- 7.- Hiperquinesia en el niño \_\_\_\_\_
- 8.- Malformaciones congénitas en el niño \_\_\_\_\_
- 9.- ¿ es llorón ? \_\_\_\_\_
- 10.- ¿ alguna vez a presentado desnutrición de 3er. grado ? - \_\_\_\_\_
- 11.- ¿ se enferma con frecuencia ? \_\_\_\_\_
- 12.- Número de hermanos y edades \_\_\_\_\_
- 13.- ¿ que número ocupa en la familia ? \_\_\_\_\_

- 14.- ¿ Vive toda la familia junta ? \_\_\_\_\_
- 15.- ¿ Alguna otra persona cuida al niño ? ¿ quién ? \_\_\_\_\_
- 16.- ¿ Alguna vez a golpeado al niño ? ¿ porqué ? ¿ con que frecuencia? \_\_\_\_\_
- 17.- Cuando se porta mal ¿ Que clase de castigo se le impone? \_\_\_\_\_
- 18.- ¿ Ya asiste a la escuela ? \_\_\_\_\_ ¿ Es atento o distraido ? \_\_\_\_\_
- 19.- ¿ Que diversiones le ofrece al niño ? \_\_\_\_\_
- 20.- ¿ Las relaciones con sus hermanos son buenas ? \_\_\_\_\_
- 21.- ¿ Consideran a sus hijos como una propiedad ? \_\_\_\_\_

**CARACTERISTICAS AMBIENTALES**

- 1.- ¿ Con que tipo de vivienda cuenta ? \_\_\_\_\_
  - 2.- ¿ Con cuantos cuartos cuentan ? \_\_\_\_\_
  - 3.- ¿ Cuantos miembros son en la familia ? \_\_\_\_\_
  - 4.- Diagnóstico y Tratamiento \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

11. CUESTIONARIO No. 2

1.- Ha escuchado algo con respecto al Síndrome del Niño Maltratado ?.

SI NO  
( ) ( )

2.- ¿ Qué experiencia tiene de este problema?

---

3.- ¿ Usted diagnosticaría maltrato intencionado si un niño presentase ?.

- a).- Desnutrición
- b).- DHE
- c).- Múltiples fracturas en menores de 3 años y mayores de 3 años.
- d).- Fracturas de cráneo.
- e).- Equimosis múltiples
- f).- Quemaduras
- g).- Amputación de algún miembro.
- h).- Abuso sexual.
- i).- Síndrome de deprivación social.
- j).- Ruptura de vísceras
- k).- Aliento alcohólico
- l).- Muerte al nacer

SI NO  
( ) ( )

4.- ¿ Qué podría ofrecer a un niño maltratado?

---

5.- ¿ Como podría mejorar la dinámica familiar de un niño maltratado?

---

6.- ¿ Como sería su conducta respecto a los padres?

---

7.- ¿ Como prevendría el maltrato a los niños?

---

8.- ¿ En cuantas ocasiones ha intervenido usted en casos de niños maltratados ?.

---

9.- ¿ Cuantos casos ha diagnosticado con el síndrome del niño maltratado ?.

---

Médico no anotar nombre solo clave

## 12. RESULTADOS

- 12.1 Edad.-El número mayor de niños con muestra de maltrato se encontró que tenía entre 3 meses a 2 años, aunque se encontraron 6 casos entre los 14 y los 16 años con maltrato, prevaleciendo dicho problema en menores de 4 años. La edad promedio del agresor oscila entre 10 a 60 años prevaleciendo de 20 a 35 años.
- 12.2 Sexo.-Del total de la muestra de los 100 niños, 42 -- correspondieron al sexo masculino y 58 al femenino, lo que corresponde a un 42 y 58% respectivamente.
- 12.3 Medio socioeconómico. Se observó que el que prevaleció fué el bajo con un total de 69 casos, 27 para el medio y solamente 4 para el alto; lo que nos da un 69, 27 y 4% respectivamente.

12.4 Estado legal del agredido.	No. casos	%
Hijo natural	39	39%
Hijo adoptivo	3	3%
Hijo legal	36	36%
Hijastro	22	22%

12.5 Escolaridad de la víctima. Asistían en jardín 7, a primaria 28 y a Secundaria 12. Lo que corresponde a un 50%, - el otro 50% no asistían a la escuela.

A nivel de hospital del total de familias estudiadas se - detectaron 16, lo que da un 16%.

12.6 Diagnóstico de ingreso.

- . Hemorragia cerebral y politraumatizado.....4
- . Hematoma en cara .....4
- . Abuso sexual.....3
- . Abuso sexual diagnosticado por médico legista..42
- . Desnutrición de 3er. grado y tipo marasmático..40

12.7 Tipo de lesión predominante.

- . Contusión.....48%
- . Fracturas.....19%
- . Desfloramiento..... 9%
- . Hematomas..... 9%
- . Lesiones de vísceras..... 4%
- . Quemaduras..... 4%

12.8 Parentesco del agresor con el niño. De un total de 100 -- casos fueron 12 hermanos, 52 madres, 20 padres, 5 amigos - de la madre, 3 padrastros y 2 cuñados.

12.9 Tipo de maltrato.

- . Físico.....16%
- . Supresión alimenticia.....34%
- . Sexual.....45%
- . Emocional..... 5%

### 13. PERFIL DEL NIÑO MALTRATADO

De acuerdo a los resultados de éste estudio, se ha observado que el niño maltratado, es un niño que crece en un mundo de apatía, desconfianza, con problemas de aprendizaje en la escuela, con defectos perceptuales, tímido y a la vez agresivo, con inestabilidad emocional ya que piensa que es rechazado por la sociedad. Así vemos que el número mayor de niños con muestra de mal

trato oscila entre los 3 meses a los 12 años de edad, prevaleciendo dicho problema en menores de 4 años. En cuanto al sexo, en un total de 100 niños 42 correspondieron al sexo masculino y 58 al femenino. Asimismo vemos los resultados de abuso físico, ya que de estos niños, 40 de 100 son por abandono social y desnutrición avanzada, en tanto que 42 de 100 mostrarán huellas de abuso sexual, lo cual nos llama la atención, ya que el centro de atención del cuerpo del niño para el agresor es en relación al sexo, provocando así el maltrato y la lesión física y moral más cruel.

Lo anterior se puede deducir del hecho de que estos niños, 62 - fueron hijos no deseados, 12 con malformaciones congénitas, 39 de 100 eran hijos naturales, 3 de 100 hijos adoptivos, 36 de 100 hijos legales y 22 de 100 hijastros. Proviendo en su mayoría de un medio socioeconómico y cultural bajo, con escolaridad deficiente ya que el 50% tenían escolaridad de primaria y secundaria incompleta y el otro 50% sin escolaridad, así pues de todo lo anterior comprobamos que la mayoría de estos niños son hijos de padres inestables tanto emocional como socialmente, alcohólicos y drogadictos, con problemas de dinámica familiar, ya que de 100 padres 22 eran casados, 64 divorciados y 14 en unión libre, con problemas de desempleo con trabajos esporádicos y con familias numerosas.

Todo lo anterior genera en el niño una actitud de desconfianza y hostilidad ante la sociedad, estando incapacitados para establecer relaciones interpersonales sanas.

#### 14. PERFIL DEL PADRE GOLPEADOR

De acuerdo a los resultados de este estudio el padre es un inadaptado social. Lo anterior se puede deducir del hecho de que, de estos padres, 62 tenían trabajos esporádicos, su educación era principalmente elemental (65 de 100), las repercusiones de su estrato social se reflejaban en la deficiencia de las características de la vivienda (92 de 100). Su inestabilidad emocional se puede inferir del hecho de que 40 de 100 se habían refugiado en drogadicciones y alcoholismo, lo cual repercutió en 25 de 100 cónyuges golpeados; 64 de 100 divorciados y 82 de 100 con familias numerosas. En síntesis, el padre de los niños estudiados, desadaptado social, inestable emocional, hace frente a un mundo conflictivo y agresor, al cual responde agresivamente también en el intento de elaborar mecanismos de defensa. Así resultan fácilmente comprensibles, los motivos que lo impulsan

a lesionar física o moralmente a sus descendientes. En favor de esto último 40 de 100 niños fueron admitidos por abandono social y desinterés en la crianza con desnutrición avanzada, en tanto que 42 de 100 mostraron huellas de abuso sexual que traducen la disfunción emocional de agresor, en el momento de ejercer la agresión. Y se confirma visiblemente con la relativa baja frecuencia de desfloramientos (9 de 100). Esto puede indicar la posible presencia de perversiones sexuales en el momento de la agresión.

Nos llama la atención el que, por otra parte, las lesiones letales que comprometan inmediatamente la vida, tengan una frecuencia baja (4 de 100). Esto puede indicar varias cosas; entre estas el pseudosadismo y tendencias oníricas del agresor, - - - eventos que serían interesantes estudiar en trabajos ulteriores.

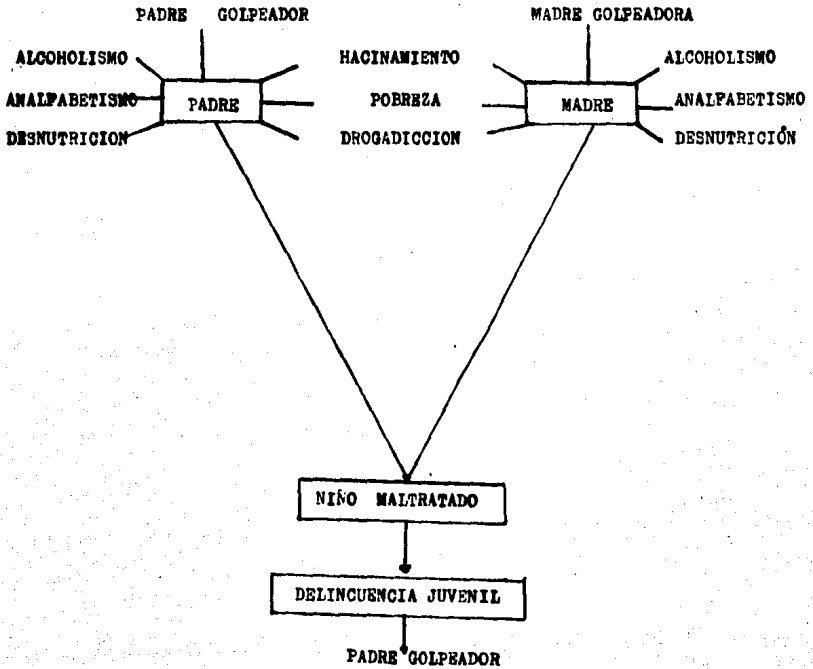
## 16. CONCLUSIONES

De acuerdo a los resultados del presente trabajo de investigación a la bibliografía y a la opinión en general, se deduce que el Síndrome del Niño Maltratado se presenta en cualquier estrato socioeconómico, predominando en el grupo social bajo.

Todo esto motivado por la escasa preparación de los padres para la educación de los hijos y para la obtención de los satis factores más elementales. Factores que también influyen en la desintegración familiar como el aumento de embarazos no deseados, madres solteras, divorcios frecuentes, alcoholismo y drogadicción.

Que al mismo tiempo provoca trastornos de la conducta y delincuencia, que al cerrar el ciclo ocasiona que estos niños maltratados lleguen a ser padres golpeadores.

CUADRO DESCRIPTIVO



## 17. MEDIDAS PREVENTIVAS

- 17.1 Nuestras firmes proposiciones concretas se resumen en la creación de una organización nacional perfectamente implantada para prevenir eficazmente el síndrome del niño maltratado y sus graves consecuencias.
- 17.2 Concientización en el campo médico de este síndrome, por medio del impartimiento de cursos desde que estan en la Universidad.
- 17.3 Realización de boletines en los cuales se concientizará a médicos, autoridades y público en general.
- 17.4 Realización estrecha con los diferentes centros médicos gubernamentales o privados para el rescate de esos - - nequeños.
- 17.5 Concientización y difusión más ampliamente del programa de Planificación Familiar en los matrimonios y los pre-matrimonios y que los anticonceptivos tanto los temporales como los definitivos sean gratuitos en todo el sector médico.
- 17.6 Continuación del cuidado pre-natal que es de primordial importancia para que todos nuestros niños empiecen una vida sana.
- 17.7 Continuación de una alimentación adecuada para la salud de la madre y del producto.
- 17.8 Además de un cuidado pre-natal a la madre se debería ofrecer a las mujeres embarazadas un programa corto e inteligente sobre el cuidado infantil.
- 17.9 Una vez nacido el niño se debería continuar el programa con un servicio gratuito de enfermeras visitantes para todas las madres, no para identificar casos en donde se sospeche de abuso infantil, sino para ayudar a las mujeres que no saben nada acerca de los niños o para permitirles a las madres expresar dudas y ofrecerles apoyo.
- 17.10 El cuidado de adopción debería ser reexaminado varias veces y se deberían aplicar nuevos criterios, para que el niño no sufriera abusos por los padres adoptivos.
- 17.11 El castigo corporal de las escuelas y en todas las instituciones de custodia debería ser prohibido por la ley, con sanciones realistas a los maestros o guardianes que lo emplearán.

18. BIBLIOGRAFIA

- 1.-Ackerman NW. Psicoterapia de la familia neurótica. - Horne B.A, 1969.
- 2.-Ackerman N. Perturbaciones en parejas paternas. - Buenos Aires Argentina: Ed paides, 1982. 304-308
- 3.-Cater JL, easton M. Separación and other stress in - child abuse. Mund. Med 1980; 3: 972-987
- 4.-De la Fuente R. La familia en crisis. México: Ed Oteo, 1979; 306
- 5.-De la Torre J. Aceptación cariño y protección del - niño. México: Mund. Med, 1979. 2-24
- 6.-Espinoza A. Et al o y cols. Síndrome de detección del - crecimiento y desarrollo del niño. Vol. Med. Hosp. Gral - Mex. 1978; 41-129
- 7.-Espinoza MA, Gomes A, Mendoza PA. Asistencia simultanea materno infantil o habitación compartida, en el - H G Z de la S.S.A vol. med. Hosp. Inf, 1979; 1: 36
- 8.-Edicom S. Síndrome del niño maltratado. Vol. Med. - Inf, 1982; 8; 20
- 9.-Poncerrada M, Saucedo M. La exploración de la salud - mental del niño. Rev. Med. I.M.S.S 1981; 19-145
- 10.-Poncerrada MM, Prevención de la invalidez emocional en el niño. Rev. Med. I.M.S.S (Mex). 1982; 20-345
- 11.-Feilgelson NG, un niño ha sido golpeado. México Ed. Diana, 1980. 263
- 12.-Poncerrada MA, Kitsu M. El niño maltratado. Rev. Méd. Fac Med. Méx, 1982; 6: 22
- 13.-Poncerrada M, El niño víctima de maltrato físico. Rev. méd Méx, 1982; 20: 457
- 14.-Flores CI, Niños maltratados. Rev. med. I.M.S.S Mex. 1978; 16: 29
- 15.-Fontana V. En defensa del niño maltratado. México Ed Pax-Mex. 1979. 324

- 16.-Fancoe JM. Injuries and child abuse. Am.Dis.Child - 1981; 134-911
- 17.-Jeffrey H. Agresión y delitos violentos.México.Ed - el manual moderno,1978. 236
- 18.-Linn L, Tratamiento de la violencia. Mund.Méd.Méx. - 1981; 7; 19
- 19.-Marcovich J. El niño maltratado, identificación y pre - vención.Ed mexicanos.Méx 1981. 144
- 20.-Steel F,El niño maltratado. Rev.Méd, 1976; 28; 125
- 21.-Satir V, la desilución conyugal y sus consecuencias - para el niño. Ed prensa med.Méx. 1982; 30
- 22.-Smith E, Kempe C. El niño maltratado tratamiento y - pre - vención. Pol de traumatología Ceygi.Denver colora - do. 1975
- 23.-Torruela IM. Problemas emocionales del niño y del - adolescente. México; Ed. Oteo, 1979. 617
- 24.-Valenzuela RH. Manual de Pediatría. México; Ed.Bolea, 1981. 1178
- 25.-Vaisrok S. Negligencia y abuso en la infancia.Tratado de pediatría. México; Ed Salvat, 1981. 1018
- 26.-Woods H, el niño obligación sagrada. Rev.Méd.Méx. - - 1980; 18; 31
- 27.-Waldman C, la crisis de la familia. Revisión teórica del problema. Rev.Med (UNAM) 1980; 93; 99
- 28.-Zuk G.; Psicoterápia familiar. Ed. Fondo de cultura - económico. México 1982. 240