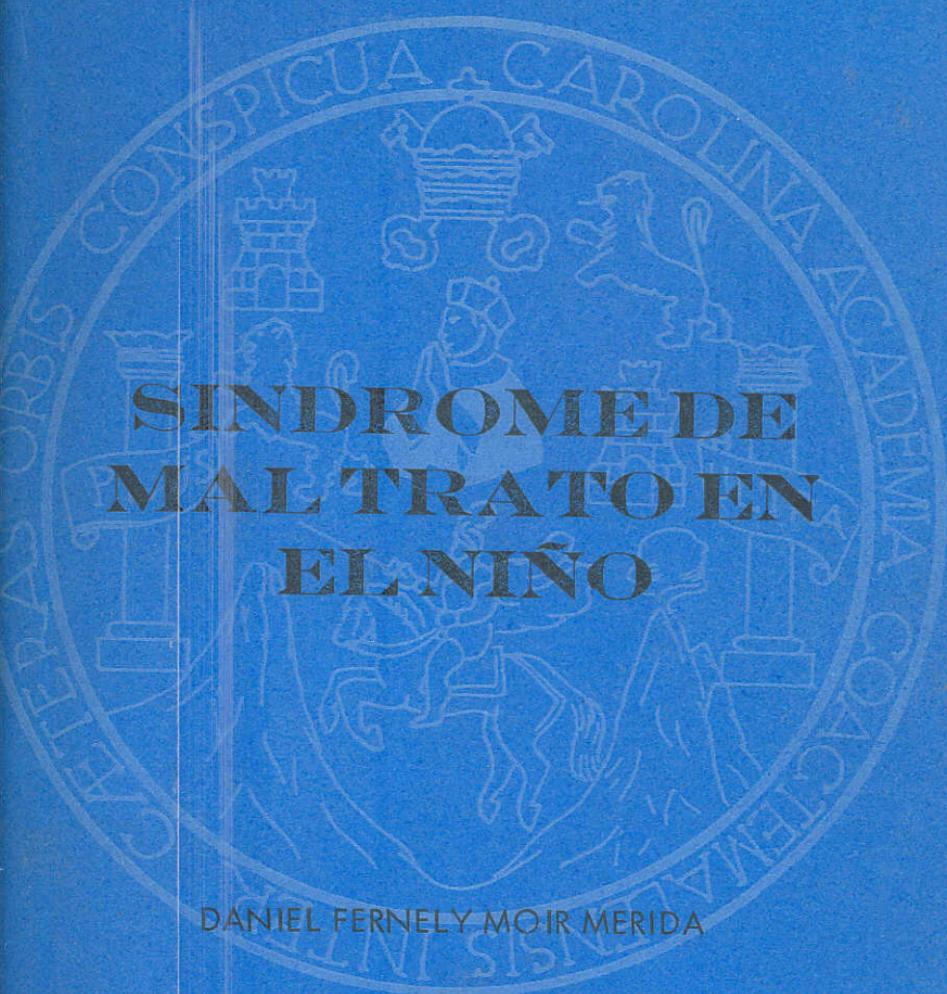


UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS



A faint watermark of the University of San Carlos seal is centered on the page. The seal is circular with a crown at the top. Inside the circle, there is a figure holding a shield, and the text "S: UNIVERSITATIS: CONSPLICUA: CAROLINA: ACADEMIA: CIVILIS: ET: MILITARIS:".

SINDROME DE MAL TRATO EN EL NIÑO

DANIEL FERNELY MOIR MERIDA

GUATEMALA, AGOSTO DE 1977

CONTENIDO

	Página
1.- INTRODUCCION	1
2.- OBJETIVOS	3
3.- MATERIAL Y METODOS	3
4.- CASUISTICA	5
5.- ASPECTOS MEDICOS	11
a) Actitud del Médico	15
b) Tratamiento	16
6.- ASPECTOS SOCIOLOGICOS	17
7.- ASPECTOS LEGALES	21
8.- ASPECTOS DE SALUBRIDAD Y PSICOLOGICOS	25
9.- CASO CLINICO	29
10.- RESUMEN	33
11.- CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	35
12.- BIBLIOGRAFIA.	37

I. INTRODUCCION

El mal trato, atributo por naturaleza del ser humano, necesariamente tiene que ser afrontado por el ser humano. Sin hacer alarde de sabiduría, sólo el ser humano es el responsable del mal trato que se observa consuetudinariamente en cualquier escala de una sociedad.

A nivel internacional se nota la participación de diversos grupos y sociedades tanto oficiales como particulares (¿por qué quedarnos a la zaga?) que se esfuerzan por lograr un mejor y más feliz destino para la niñez del orbe.

El presente trabajo tratará de conducir al lector ávido de conocimientos, por lo vericuetos del Síndrome de mal trato y su acepción, que estas páginas constituyan un aporte más y transformen la conciencia en todos los niveles de la escala social guatemalteca, para que, el SINDROME DE MAL TRATO EN EL NIÑO, sea un caso esporádico en hospitales y clínicas.

Se analiza desde el punto de vista médico, sociológico, jurídico y psicológico y se aspira que el término acuñado sea mejor reconocido por los profesionales guatemaltecos, además, sea objeto de investigación para los estudiantes de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala.

Con esta aspiración que lleva a estudiar y profundizar en un tema que enlaza disposiciones biológicas, repercusiones sociales e implicaciones existenciales; el propósito fundamental de la presente obra es presentar el panorama de a-

quéllas pequeñas víctimas del llamado ABUSO CRI-
MINAL en el más amplio sentido del término, que
se encuentra inclusive aceptado social y jurídi-
camente; de quienes sufren lastimosas vejacio-
nes continuas y profundas en la esfera física.
Pero, como se sabe, el plano mental es la prime
ra barrera que sufre los más grandes daños!. Es
pectáculo que desgarra el alma y sumerge a quien
padece en las tinieblas del oprobio.

II. OBJETIVOS:

Nuestro paso por los hospitales indignó nues-
tra personalidad al observar el alto índice de ca-
sos con diagnóstico de "Síndrome de mal trato en
Niños" a su ingreso; razón por la que el princi-
pal objetivo del presente trabajo es hacer cons-
ciencia en todo el personal de la medicina para
que tengan preocupación y suficiente entereza en
manejar como DEBE ser los casos de mal trato que
se presente.

III. MATERIAL Y METODOS:

a.- Material:

Archivo de los hospitales Roosevelt y
"San Juan de Dios", "Pedro de Bethancourt"
de Antigua Guatemala y Hospital Nacional de
Sololá.

Revisión de treinta casos tomados al azar.

b.- Métodos:

Uso de cuestionarios como instrumento
de entre-vista e interrogatorio escrito a
personal médico y paramédico.

Ilustrativo con un caso clínico repre-
sentativo.

IV. CASUISTICA:

Revisión de treinta casos tomados al azar en el archivo de los hospitales: "Roosevelt", "San Juan de Dios", "Pedro de Bethancourt" de Antigua Guatemala y Hospital Nacional de Sololá: "Juan de Dios Rodas".

Paciente	Edad	Sexo	No. Historia Clínica	
G. A. M. V.	6 años	Masculino	316	202
C. A. M.	3 meses	Masculino	505	333
M. O. M.	9 años	Masculino	550	327
F. M. C.	Neonato	Femenino	555	359
G. A. V. E.	5 años	Femenino	539	830
E. E. G. L.	2 años	Masculino	012	488
J. L. B. Ch.	5 años	Masculino	222	78
R. A. M.	3 años	Femenino	601	339
M. H. C.	3 años	Masculino	515	712
B. M. M. T.	6 años	Femenino	622	272
M. Y. S.	4 años	Masculino	483	910
L. R. S. A.	9 años	Femenino	268	832
N. L. I.	8 años	Masculino	299	333
K. P. LL.	6 meses	Masculino	392	282
M. S. H. J.	4 años	Femenino	012	463
S. N.	Neonato	Femenino	515	934
F. M. L.	10 meses	Masculino	613	686
G. H. K. M.	1 año	Femenino	530	030
M. D. D.	13 años	Masculino	01	473
C. M. L. R.	7 meses	Femenino	01	633
D. D. M. J.	18 meses	Masculino	267	029
R. R. N. C.	10 años	Masculino	256	684
L. J. P. A.	10 años	Femenino	434	357
I. Ch. M. L.	6 años	Femenino	637	002
L. F. J. R.	9 años	Masculino	126	653
M. Ch. Ch.	5 años	Masculino	359	861
C. S. E.	1 año	Masculino	616	239

opinión se solicitó por medio de un cuestionario. Hela aquí.

La mayor parte de los incluidos en la encuesta, coinciden en señalar que el cincuenta por ciento de los casos se presenta en niños de tres años de edad y que el veinticinco por ciento ocurre en los menores de un año, lo que implica aún mayores extremos. (13-2-15)

Respuesta a las preguntas No. 2-3-y-4:

Entre las observaciones que se logró efectuar no existe dato exacto a favor de una diferencia significativa en razón de sexo, raza, condición socioeconómica o nivel cultural, tanto de las víctimas como de sus victimarios; aunque, en no pocas ocasiones una situación "stresante" familiar o extrafamiliar origina brote agresivo que culmina con el maltrato al hijo, en particular cuando alguno de los cónyuges se siente sin el soporte económico-social adecuado. Algunos autores -(2)- opinan que el abuso menos diagnosticado es la explotación sexual siendo la mitad de las víctimas menores de doce años.

El noventa y cinco por ciento de los incluidos en la encuesta refirió que los grados de maltrato van desde niños mimados, agresión verbal y/o física (flagelación, quemaduras, traumatismos), administración de sedantes hasta homicidio. El cinco por ciento restante contestó afirmativamente sin especificar.

El 66% de los encuestados coincidió en que la causa que desencadena el mal trato lo constituye el alcoholismo, el treinta y tres por ciento, ante todo, respuesta de personal médico razonó que... "aún no tenemos bases de certeza pe-

ro debe tomarse en cuenta hipotéticamente la adicción a drogas".

Respuesta a la pregunta No. 7.

Ha propósito de la pregunta que nos ocupa la mayoría (90%) contestó que el número de consultas por lesiones en menores aumenta cada día más en los hospitales y clínicas. "La cifra de 60,000 y 70,000 niños se reporta en algunos países, aunque muchos expertos (27) consideran que no se informa siempre y que su frecuencia puede ser mayor que las cifras indicadas. La mortalidad en el "primer estadio" es del cinco por ciento, y sólo el síndrome de muerte súbita de los lactantes supera esta proporción en los pacientes de uno a seis meses. Además, entre los pequeños de seis meses a un año ocasiona más fallecimientos que cualquier cáncer, malformación o proceso infeccioso y, en los mayores de un año, probablemente tan sólo los accidentes producen más víctimas".

La observación de todos coincidió en la actitud triste y resignada de los niños mal tratados, se obtuvo este dato de madres del personal de enfermería. Sin embargo, pediatras y ginecología manifestaron: "... es inconfundible su introversión".

La respuesta de más controversia constituye la frecuencia topográfica de las lesiones, en síntesis, el cinco por ciento para las extremidades superiores; el quince para las inferiores, el veinte por ciento dividido en tórax y abdomen y el cuarenta por ciento las lesiones son ocasionadas en la cabeza.

Al respecto de la última pregunta. El cincuentacinco por ciento sugirió imponer prisión y

castigos severos a los responsables para así "dar un ejemplo", evitando que sucedan más casos en el futuro. El cuarenta y cinco restante coincidió que en lugar de tomar medidas de tipo legal contra los matrataradores se les facilite atención psiquiátrica, para ello creando unidades en los hospitales de mayor demanda en el país con el objeto de establecer sesiones en grupo, discusión y tratamiento.

V. ASPECTOS MEDICOS:

Se puede considerar como el inicio del estudio científico del Síndrome de Mal Trato en el niño, el trabajo original de J. Caffey (radiólogo) en 1946, quien encontró una curiosa asociación entre el hematoma subdural o subperióstico, generalmente recurrente y fracturas esqueléticas múltiples. (6) El autor invocó una probable anormalidad metabólica como el origen de tales alteraciones.

Más tarde, en 1958, N. Silvermann (patólogo), reconstruyó el "rompecabezas" de Caffey y concluyó que tal (25) era debido a trauma esquelético no reconocido, descartando por completo la supuesta anormalidad metabólica.

En 1961. Adelson publicó un artículo que conmocionó al mundo científico. "La Carnicería de los Inocentes", en donde citaba una encuesta verdaderamente aterradora de los crímenes cometidos en cuarenta y seis casos de homicidios en que las víctimas fueron niños. (2)

Concepto:

En la reunión anual de la Academia Americana de Pediatría en 1962; (17) C. Henry Kempe, introdujo el término de "Síndrome del Niño Maltratado", para señalar todo el cortejo signológico y sintomático que se presenta en los casos de abuso en los menores.

En 1977, se publica que entre 60,000 y 70,000 niños anualmente son atacados en algunos países. (Esto es, trauma severo no accidental, en niños menores de 14 años). De éstos, setenta a setenta y

ticinco por ciento resultaron con lesiones permanentes. En números redondos esto significa más o menos, 200 casos al día, un caso cada siete minutos, nueve muertos a golpes cada día y entre 22,000 y 23,000 criaturas incapacitadas permanentemente, cada año, a consecuencia de las lesiones inferidas.

Establecer correcta y oportunamente el diagnóstico implica ante todo, sagacidad y suspicacia por parte del médico, guiararse por detalles, aunque pequeños, que delaten al agresor encubierto y obtener información, en muchas ocasiones, por otras fuentes; resulta importante conocer si se trata de un accidente simple o fortuito o trauma intencional.

Existe una serie de problemas, pero básicamente se planteará los más comunes:

1.- Diátesis hemorrágica.

Hematomas, equimosis y hemorragias por diversas vías, cuyas peculiares características lo son el presentarse en forma recurrente y difusa, diseminada.

Se acompaña de pruebas de tendencia hemorrágica normales en todas sus etapas y llama la atención, la evidente discrepancia entre la intensidad del trauma (si éste se reporta) y la magnitud del sangrado y/o la lesión.

2.- Hipodesarrollo pondo-estatural.

El paciente se encuentra por lo general afectado de desnutrición proteínico-calórica y sus consecuencias más significativas.

3.- Hematoma Subdural.

Algunos autores (7,24) lo consideran prácticamente patognomónico. En realidades producto de lesiones parecidas a las de "latigazo": el padre sacude al hijo violentamente, ocasionando desgarro de las venas cerebrales con hemorragia bilateral en el espacio subdural. Casi siempre se encuentra lesión ósea en el lugar donde se ejerce presión hay que ser escépticos respecto a las hemorragias "subdurales crónicas" secundarias al nacimiento, porque los casos genuinos revelan signos y síntomas en las 24 - 48 horas posteriores al parto.

4.- Perforación de Viscera Hueca o Laceración de Visceras Sólidas.

Constituyen también eventos bastante frecuentes y que por su propia naturaleza dan la pauta de la intensidad del trauma ocasionado.

5.- Los golpes en la cabeza ocasionan también lesiones oculares, y en la mitad de los casos informados el daño es permanente, por hipema agudo, luxación del cristalino y desprendimiento de la retina.

6.- Quemaduras:

El 10% de los casos el castigo elegido es la quemadura (causada generalmente con un cigarrillo) las accidentales revelan imagen en salpicadura pero éstas lesiones son profundas y circulares.

RAYOS X

Uno de los pilares diagnósticos más sólidos lo constituyen los hallazgos radiológicos, tomando en cuenta que deberá hacerse cuando hay sospecha en forma repetida y satisfactoria.

Los hallazgos radiológicos conspicuos son: (23,25).

1. Predilección por las epífisis
2. Reacción perióstica exagerada
3. Lesiones múltiples
4. Estados diferentes de reparación y cicatrización ósea
5. Separación exagerada de las epífisis
6. Hemorragia subperióstica
(De preferencia en las áreas epifisiaria y metafisiaria)
7. Depósito de calcio en zonas de hemorragia ósea.

El diagnóstico radiológico diferencial debe incluir:

1. Separación epifisiaria por trauma conocido (No intencional o accidental)
2. Escorbuto
3. Osteogénesis imperfecta
4. Sífilis.
5. Hiperostosis cortical infantil
(Enfermedad de Caffey)
6. Osteoma osteoide
7. Fracturas por fatiga
8. Déficit neuromotor
9. Indiferencia congénita al dolor (21)
10. Síndrome de Ehlers Danlos (14 y 26)

Se debe tomar en cuenta una causa muy im-

portante que desencadena el mal trato: el alcoholismo, tabaquismo, dependencia farmacológica e hipotéticamente la drogadicción.

a) Actitud del médico:

Cabe señalar la carga de simulación de angustia y de dolor de victimarios por un supuesto accidente, situaciones que han confundido a muchos practicantes externos e internos, residentes y jefes de servicio intra-hospital.

La conducta adoptada por el médico ante los padres o agresores en el caso de comprobarse el mal trato, debe tomar en cuenta que se está frente a una "peligrosa enfermedad recidivante". Aunque no es posible universalizar opiniones de esta índole se enumeran algunas:

- Primero: El médico no puede ni debe convertirse en JUEZ de los actos ajenos.
- Segundo: Deberá limitarse a tratar de ayudar, hasta donde sea posible, a su paciente así como a sus familiares en desgracia; aún sobreponiéndose a sus propios sentimientos.
- Tercero: No aparentar rechazo hacia nadie, menos aún adoptar actitudes intransigentes e inoportunas.
- Cuarto: Debe enterarse que una gran mayoría posee graves sentimientos de ansiedad y extremos a los que llegaron; ocasiones basadas en preceptos disciplinarios de conducta que les fueron inculcados.
- Quinto: Muchos tienen temor por las consecuen-

cias del daño y muchos más desean ayuda, aunque en realidad **TODOS** la necesitan.

b) Tratamiento:

Cuando se presume que un niño es víctima del mal trato es preferible dejarlo en el hospital para su tratamiento. Se elabora una historia de tallada interrogando a los padres por separado, luego, sin dar tiempo a que se pongan de acuerdo en su narración, se anotan los datos con claridad. Una vez establecido el diagnóstico se comunica a los padres con mucho tacto los hallazgos, de manera que comprendan la discordancia de su relato.

Recomendar tratamiento a los padres especialmente con el fin de que adquieran la capacidad necesaria para tratar a su hijo.

Otro grupo de padres que requieren evaluación cuidadosa es el de los psicópatas, a menudo violentos, que no responden al tratamiento. Su nivel de tolerancia a la frustración es sustancialmente bajo. (28)

VI. ASPECTOS SOCIOLOGICOS.

Se requiere una gran dosis de energía, de ciencia, de vigilancia, de comprensión y de tiempo para conducir triunfalmente a un neonato hasta el término de su infancia. Se habrá tenido quizás la sensación de estarse afanando en una labor inútil, por que no se palpan inmediatamente sus resultados; pero en realidad de verdad, la recompensa estará ahí no más al alcance de la mano o estará en un futuro remoto, con gran significación. Primero por la preparación de los padres para poder entrar en la tarea de los años subsiguentes con el hábito de practicar higiene psíquica y segundo, por la de los hijos para recibir la influencia educativa sin sorpresa, sin renuencia, sin padecer. Tercero, por que se habrá destruido en germen defectos y sufrimientos que mucho más tarde serían indestructibles y se habrá puesto al niño en el cauce de la buena conducta social que permite adaptarse a la vida en común sin choques ni conflictos de mayor cuantía. (21)

Los hogares desintegrados (por divorcio, viudez, madres solteras) aportan similares casos de niños con mal trato que los hogares integrados con padres alcohólicos, drogadictos y desempleados. Los menores crecen temerosos llenos de inhibiciones que los convierte en entes excepcionales.

Como consecuencia de lo anteriormente expuesto estos niños no tienen una infancia normal; se da el caso en Guatemala y algunos países de América Latina que desde pequeños les imponen trabajos no adecuados a su edad, responsabilidades que competen exclusivamente a sus progenitores, tal el caso de velar por sus hermanos menores, "cui-

dar" vehículos, corte de café, algodón; en fin, aportar algún medio económico que contribuya al sostenimiento de su familia.

Estos pequeños se alejan de sus hogares y debido a la hostilidad del medio escogerán el escabroso camino de la delincuencia; que aumenta por la falta de atención educacional, escasez de fuentes de trabajo, el fraude y la pobreza; ante todo la poca atención de nuestros gobernantes hacia la niñez.

La conformación social determina en muchas ocasiones el comportamiento exterior, se da el caso de padres amantísimos; algunos detalles los delatan, en especial modales bruscos, gestos y actitudes agresivas, sobre todo cuando tienen la seguridad que no se les observa y muy especialmente las reacciones espontáneas de los niños ante su presencia o ausencia. La mayoría exige de sus hijos un rendimiento superior al que fuera de esperarse de acuerdo a su edad cronológica y/o mental; esta situación les engendra sentimientos animadversivos.

Cuando el ser humano no se ha realizado plenamente se desencadena en él tensión emocional, una de las respuestas más frecuentes para luchar contra las restricciones es la violencia y ésta es mayor en la medida en que la frustración nos impide el logro de alguna aspiración deseada. (12)

El niño puede convertirse en ocasión frustrante para los padres y de esta manera es objeto de rechazo; en más de uno de los casos en nuestra sociedad no se permite el infanticidio por ningún motivo, no obstante el aborto es muy frecuente.

Pueden convertirse en ocasión frustrante los niños producto de hogares en matrimonios forzados, los que frustran "interés" materno-laboral, los que vienen a convertir carga onerosa para su familia, etc.

El abuso sexual con menores, sin llegar a la pederastia, es muy frecuente en nuestro medio y esto significa un reflejo exacto de la escasa cultura y la pobreza que se padece.

VII. ASPECTOS LEGALES:

En la actualidad, la legislación guatemalteca tiene ordenamientos decididamente inspirados en la protección del niño, siendo de singular advertencia que, contra lo ocurrido en otros países, en nuestras normas jurídicas, todavía protegen al "Feto" y, la sola concepción se considera sujeta de derechos.

Todos los códigos penales mantienen en el presente, en el estálogo de los delitos, el aborto, eran excepciones el Código Penal uruguayo, reformado en este aspecto en 1938, y la Rusia Soviética, en la cual también se llevó a cabo una reforma legislativa, que sanciona el aborto como delito. Las penas varían, sin embargo, así como las causas de exención. La mayoría de los códigos penales admiten el aborto "honoris-causa" y el aborto por indicación terapéutica, pero manteniendo el aborto doloroso como delito. (5)

En cuanto al Registro Civil, como la criatura abortiva no ha logrado personalidad jurídica, no puede ser inscrita; sin embargo de acuerdo con la legislación española la autoridad del juez municipal interviene para permitir el enterramiento de ese esbozo humano; en cuyo acto médicos y jueces han de determinar si existe algún síntoma delictivo; es decir que no sea aborto natural o terapéutico.

En Guatemala el tema aludido está contemplado en los artículos 133 al 140 del citado cuerpo legal.

El Código Penal Guatemalteco, en el capítulo III, del título I, en la parte especial del libro

bro segundo, TIPIFICA el aborto en su artículo 133 así: "Aborto es la muerte del producto de la concepción en cualquier momento de la preñez".

En medicina (29) se da el nombre de aborto a la expulsión de un feto no viable, es decir, que no haya llegado a las ventiocho semanas de vida intra-uterina. Si la expulsión se hace después de ese tiempo, ya no hay aborto sino "parto prematuro", y si el recién nacido es muerto después de nacer en tales circunstancias, lo que hay es "Infanticidio".

Para la Medicina Forense (22) es infanticidio el homicidio que se comete en un recién nacido y la Legislación Penal, según el artículo 129, toma como "recién nacido" al niño que no ha ya cumplido tres días.

No todas las legislaciones son del mismo criterio en lo referente al valor que se debe dar al término aludido: en Italia por ejemplo, se considera como recién nacido al niño que no ha cumplido cinco días ni ha sido inscrito en el Registro Civil; en Francia la ley no define pero los tratadistas estiman que el término comprende al niño desde el momento que nace hasta la caída del cordón umbilical -fijación muy arbitraria por cierto- porque algunos infantes pierden el cordón a los cuatro días, otros a los 6, 7, 10 etc.; en Inglaterra se dice que es "recién nacido" "El niño que acaba de nacer", pero no se especifica hasta cuándo deja de serlo; en Alemania y en Austria se toma el término en el mismo sentido que en Inglaterra. (22)

Ya en la vida extrauterina, el niño cuenta con la protección Legal y preocupación de los legisladores. Por ejemplo: en la Constitución

de la República de Guatemala, en el capítulo II, acápite nacionalidad, artículos del 5 al 12 inclusive, están contemplados todos los derechos que adquieran los que NAZCAN en territorio, naves, aeronaves, consulados, o bandera guatemalteca. (9)

Así mismo, la Constitución de la República de Guatemala, en el Título III, capítulo I, bajo el acápite de Garantías Sociales, protege a LA FAMILIA, pero principalmente a la niñez. Esto está contemplado entre los artículos 85 al 90.

Los dos aspectos tratados anteriormente: (embarazo y natalidad-niñez) están codificados en distintas leyes guatemaltecas; civiles, penales, laborales, etc., pero en la Ley rectora, se contempla también en el capítulo III, del título III, el "TRABAJO" y dentro de los incisos 8o. y 9o. del artículo 114.

La protección de nuestras leyes, como se advierte, alcanza al niño en su aspecto físico, moral y social. En lo físico, el Código Penal en su Capítulo V, del Título I, del Libro Segundo, trata de las LESIONES y ahí, enmarca la integridad corporal de todos, especialmente de los niños y de cualquier daño o alteración de su salud.

VIII. ASPECTOS DE SALUBRIDAD Y PSICOLOGICOS:

1.- De salubridad:

Cientos de hombres de ciencia, médicos, funcionarios de sanidad, cuyo deber es recordar a nuestros olvidados niños, protegerlos para que no mueran, ayudarlos a crecer fuertes y sanos, ninguno de ellos se refiere jamás a la única y más grave enfermedad de la sociedad: la pobreza, causa principal de este terrible problema de los niños. (-11) pobreza moral, intelectual, económica, en fin.

Radiodiarios y noticieros televisados, o los grandes rotativos están siempre dispuestos a dedicar enormes espacios, a cubrir sus primeras páginas con títulos retumbantes anunciando la muerte de sesenta individuos en un avión, o cien víctimas en un incendio, o mil muertos en algún terremoto, en cambio permanecen mudos, guardando un misterioso silencio sobre las increíbles proporciones del vasto e interminable desastre, el constante estado de emergencia en que se encuentra la masa desnutrida, enfermando, sufriendo y muriendo víctima de su miseria.

Al mirar a un individuo enfermo, consciente o inconscientemente, se hace responsable a alguien (al paciente, a su familia o al médico incompetente), nunca se piensa en que la responsabilidad recae directamente en el sistema sociopolítico anárquico que claudica momento a momento en la dirección de la salubridad de nuestro pueblo. (10)

Principiemos pues...señores, por crear centros especializados para la educación de los fu-

turos padres; la educación es algo que, una vez adquirida, no puede ya jamás quitarse a un padre o una madre de familia.

2.- ASPECTOS PSICOLOGICOS.

Desde el punto de vista netamente biológico los mamíferos poseen dentro de su sistema nervioso central toda una serie de mecanismos neuro endocrinos y viscerales que les permiten regular la conducta innata y emocional. Darwin y posteriormente Maclean, han llegado a la conclusión que estos mecanismos que controlan las actividades biológicas básicas, tienen su asiento o base en el sistema límbico; estas actividades básicas serían:

- 1.- Alimentación
- 2.- Huída
- 3.- Lucha
- 4.- Cópula (18)

En relación directa con la agresividad todo parece indicar que en el cerebro visceral o sistema límbico, las porciones corticales son inhibidoras y las porciones caudales son excitadoras; a la vez la corteza cerebral tiene acción inhibidora. Estas regiones caudales son a su vez estimuladas por los adrenolíticos como la clorpromazina. (1)

La agresión humana se debe diferenciar de la de los animales y tomar en cuenta un factor indispensable: el psicológico. Si se ha apuntado anteriormente que la corteza cerebral y la región "rostral" del cerebro visceral son inhibidores de la conducta agresiva, las lesiones de estas estructuras permitirán que la lesión pueda desencadenarse y no tener la inhibición ade-

cuada o que la irritación de las regiones caudales del sistema límbico no logre ser inhibida, como en el caso de las localizaciones epilepticas. Lo anterior vino a ser observado después de la pandemia de encefalitis donde individuos normales antes de la pandemia se mostraron, después, altamente impulsivos. Se comprueba lo anterior por datos que muestran las historias de los epilepticos en relación con su bajo control emocional.

El rechazo de los padres se manifiesta por agresiones físicas y verbales. La indiferencia se hace evidente por la falta de preocupación por el arreglo personal de los niños, la alimentación y la comunicación emocional. Esta conducta determina lo que Levy llamó: "Niños Hambrientos de Afecto", los cuales tendrán no sólo graves deficiencias nutricionales sino severos trastornos de la personalidad. Casi se asegura de los adultos que han tratado brutalmente a un niño, así fueron tratados en su niñez.

Como toda esta problemática se desarrolla en el hogar es indispensable referirse a la figura de los padres agresores quienes poseen una serie de rasgos característicos; (3)

- a) INMADUREZ EMOCIONAL, es decir, incapacidad para aceptar responsabilidades implicadas en el rol materno o paterno;
- b) IMPULSIBILIDAD;
- c) Pobres mecanismos de control emocional;
- d) Antecedentes personales de haber sido rechazados y agredidos en la infancia;

e) Rivalidad con el pequeño por acaparar éste los cuidados del otro cónyuge.

De todas maneras la situación en sí permite concluir que en casos semejantes se está frente a adultos con graves problemas en el desarrollo de la personalidad que amerita un estudio minucioso.

No olvidar el hallazgo de factores genéticos (4,20) como responsables de la peligrosidad de ciertos delincuentes criminales.

Las primeras informaciones y avances noticiosos proceden de Escocia. (4)

En la parte primordial está el estudio de ciento noventa y siete criminales que demostró la presencia de siete individuos con aberración cromosómica tipo XYY, un segundo estudio comprende el hallazgo de nueve casos. Los estudios continúan aumentando y se ha llegado a una aseveración que se cree un poco exagerada, aparecida en el Lancet, en 1966 que dice: "la mitad de todos los hombres de más de seis pies de estatura en las instituciones especializadas de seguridad son XYY".

Estudios de gemelos univitelinos han llegado a la conclusión que existe una concordancia del setenta por ciento en relación con el treinta y tres por ciento de los bivitelinos con respecto a la criminalidad. (16)

IX. CASO CLINICO:

Resumen de historia

Nombre: L. A. M. T.

Edad: 8 años

Sexo: Femenino

Historia Clínica 571 145

Nació en la ciudad de Guatemala, su padre: oficinista gana dos quetzales diarios, su madre: oficios domésticos, tiene cuatro hermanos, habita en una covacha del asentamiento Roosevelt. De la familia con quien vive recibe mal trato al grado de dejarla sin comer, guindándola de una vigá para pegarle con palos y mecanes, en una ocasión le aplicaron un puñal caliente en el muslo izquierdo, visitaba a unos vecinos, los cuales le daban de comer, refiere la vecina que en una de tantas la encontró con heridas provocadas con arma punzo-cortante en cuero cabelludo y cara, así también, lesiones en miembros, por lo que dio parte a las autoridades, sin obtener respuesta; entonces decidió adoptarla en el seno de su familia. En estas condiciones, la nueva familia nota que la niña se muestra reservada y que sufre de vejaciones en la escuela por parte de sus compañeros, por lo que se acentuó su retraimiento. Tres meses antes de su ingreso sufrió caída de una altura aproximada de cinco metros. ("rueda de Chicago") con traumatismo en la región frontal, la atendieron en la CRUZ Roja Guatemalteca, donde le suturaron sus heridas y le tomaron Rayos X de cráneo ignorándose el resultado. A raíz del accidente los padres decidieron llevársela a "su hogar".

Motivo de la consulta: En la emergencia del Hospital Roosevelt, refiere la madre que la niña cuida de sus hermanos y de los quehaceres de la

casa, además lleva el "nixtamal" al molino todos los días, y al meter la mano para sacarlo fue golpeada por la trituradora. A su ingreso se le encuentra con hipodesarrollo pondo-estatural, delgada, pálida **INCONCIENTE**, mal conformada a expensas de estructuras óseas craneanas.

Hallazgos más importantes:

- a) Hematoma frontal derecho y hematoma del hemisferio izquierdo.
- b) Hipertelorismo.
- c) Microftalmia derecha.
- d) Desgarro de tendones y ligamentos, fracturas múltiples delineadas y deformación de miembro superior derecho radiológicamente.
- e) Edema de miembros inferiores y huella de traumatismo y quemaduras.

Evolución:

En principio se encuentra en malestar general, recobró la conciencia, al día siguiente de su ingreso se transfunde, lo que mejora su condición. Pruebas funcionales hepáticas de esa misma fecha dentro de límites normales. Últimos resultados de laboratorio: Hb.: 8, Ht.: 28, leucocitos: 26,800, coproparasitológico, abundantes quistes de Giardia Lamblia, urocultivo: Proteus vulgaris. El examen oftalmológico reporta paresia del recto externo del ojo (probablemente post-traumática) manifestada por endotropía de 15 grados; Rx. de cráneo: fractura extensa y múltiple de parietal derecho y hematoma calcificado del mismo lado, posteriormente se nota paresia discreta del lado izquierdo, se sugiere practicar angiografía carotídea, (no se efectúa). Estudio radiológico de huesos largos: normal.

Estudios psicométricos demostraron deficiencia mental media; edad mental de 6 años. Coeficiente intelectual 90.

En las pruebas proyectivas se encontraron signos de inseguridad, necesidad de aceptación y apoyo, con cierta agresividad hacia el medio, con el cual se relaciona de manera superficial con el fin de obtener una recompensa. Se encontró evidencia de daño orgánico cerebral.

Fue tratada con penicilina cristalina, soluciones parenterales, vitamina K, dieta hiper-calórica, metronidazol y analgésicos.

Egresó de acuerdo con la trabajadora social y la familia remitente para seguir control a través de consulta externa. Su evolución posterior ha sido satisfactoria.

X. RESUMEN

Se presenta en este trabajo un panorama general del problema del mal trato extremo de los menores. Se inicia presentando una lista de los pacientes tomados al azar, se escribe las iniciales de su nombre, edad, sexo, así como su número de historia clínica, luego se adjunta un cuestionario que contiene diez preguntas que fueron contestadas por personal médico y paramédico de los hospitales, en seguida las observaciones que se logró determinar.

Después de presentar el cuadro clínico, diagnóstico y Rx, se menciona la actitud del médico y su paciente, tomando en cuenta a sus familiares y autoridades competentes. Además los principios terapéuticos fundamentales.

A continuación se discuten los principales aspectos sociológicos y (jurídicos, puntos de vista de un abogado y notario, Licenciado Jaime Rubén Moir Mérida), tomando como marco de referencia, la Constitución y el Código Penal guatemalteco. Luego se presentan aspectos de salubridad y psicológicos del síndrome, tomando como punto de referencia el estudio de la agresión.

El trabajo se ilustra con un caso clínico representativo, el cual con todo el patetismo que le es propio, nos lleva a estudiar y a profundizar en un tema que tiene implicaciones no sólo biológicas, repercusiones sociales e implicaciones existenciales.

XI. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

a) Conclusiones:

- 1a. El cincuenta por ciento de los casos de Síndrome de Mal Trato, se presenta en niños menores de tres años y cerca del veinticinco por ciento en menores de un año de edad.
- 2a. El diagnóstico correcto y oportuno de Síndrome de Mal Trato, implica sagacidad y suspicacia por parte del médico.
- 3ra. La agresión es un fenómeno propio de los seres vivos, su sistema nervioso central posee mecanismos neuro-endocrinos y viscerales que la propician.
- 4ta. La agresión contra el niño, por parte de los adultos, implica en éstos, inmadurez, carácter neurótico o lesión cerebral. Por ésto amerita un estudio clínico completo.
- 5ta. En general, la intervención necesaria para salvar al niño consiste en prestar atención a **TODA LA FAMILIA**.
Se debe intervenir pronto, antes que las alteraciones emocionales y físicas tiendan a repetirse y se hagan permanentes.
- 6ta. Manifiesta hostilidad e indiferencia hacia los menores, acompañada de:
---AGRESIONES FISICAS Y VERBALES
---DESPRECIO A LA PERSONA

SONAL Y ALIMENTACION

--- ESCASA COMUNICACION EMOCIONAL

Son tres formas de rechazo hacia los niños.

b) Recomendaciones:

1. Que por las perspectivas de una atención médica o quirúrgica de emergencia o intensiva, de cuyas facilidades obviamente, sólo se dispone en una medida adecuada, el paciente que es víctima de mal trato es preferible HOSPITALIZARLO.
2. Siempre que se sospeche mal trato, se efectuará una investigación radiológica, preferentemente de huesos largos, pues los traumatismos del perióstio y las metáfisis permanecen visibles radiográficamente hasta un año después.
3. Que debe crearse un centro especializado para la preparación de los futuros padres de familia.
4. Que la evaluación psiquiátrica constituye una ayuda invaluable, por tanto, es necesario instalar UNIDADES PSIQUIATRICAS con equipo humano y técnico completo en los hospitales generales de mayor consulta de Guatemala.

XII. BIBLIOGRAFIA

- 1.- Abrams, R. L. "Endocrinology" 78:605 The C. V. Mosby Co. 1966
- 2.- Adelson, L. "Slaghter of the Innocents". A Study of 46 homicides in which the victim were children. New England. J. Med. 284: 1354-1961
- 3.- Aguilar, S. A.: Kitsa, O. M. y Foncerrada, M. "Síndrome del Niño Maltratado". Revista Mexicana de Pediatría. 39:6. 1970.
- 4.- Becker, P.E.: "Genética Humana". Editorial Toray. Barcelona. 601. 602. 1966.
- 5.- Cabanellos, G. "Diccionario de Derecho Usual". Tomo I. Editorial: Bibliografía Omeba. Argentina 1970.
- 6.- Caffey, J.: "Multiple Fractures in the long Of Infants Suffering From Chronic Subdural Hematoma". Am. J. Roetgenol. 56. 163. 1946.
- 7.- Caffey, J.: "Significance Of The History In The Diagnosis of Traumatic Injury to Children". J. Pediatrics. 67: 1008. 1965.
- 8.- "Código Penal" Dto. 17-73 Del Congreso de la República de Guatemala 1973. Editorial Landívar Guatemala C. A.
- 9.- "Constitución de la República de Guatemala". Capítulo. I, II, III.

- 10.- De Florán Monribot, Luis F.: "Estado Mental del Paciente Hospitalario". (Tesis de Investidura.) Guatemala 1973.
- 11.- De Kruif, Paul. "¿Para qué mantenerlos Vivos?". Editorial Diana S. A.
- 12.- Erickson, E.: "Infancia y Sociedad". Editorial: Horma, 1959.
- 13.- Fontana, V. J: "The Maltreated Child". Charles C. Thomas, Publisher Springfield. Illinois, 1964.
- 14.- Harrison.: "Medicina Interna". 4a. Edición en Español y 6a. Edición en Inglés . Editorial: La Prensa Médica Mexicana. México, 1973.
- 15.- Helfer, R. y Pollock, C.: " The Battered Child Sindrome". Advances in Pediatrics. 15: 9, 1968.
- 16.- Kanner, Leo.: "Psiquiatría Infantil" Editorial: Paidos: 135-145, 1966.
- 17.- Kempe, C. H.: "The Battered Child Syndrome". J. A. M. A. 181: 14, 1962.
- 18.- Lorenz, Konrad: y Mathews, Harrison,: "Historia Natural de la Agresión". Editorial: Siglo XXI: 59-7 Primera Edición en Español, 1966.
- 19.- Magoun, H. W.: "El Cerebro Despierto". Editorial: La Prensa Médica Mexicana. Págs. 45-67 1963.
- 20.- Merani, Alberto L.: "Psicología Genética".

- Primera Edición, Editorial Grijalbo S. A. México, D. F. 1962.
- 21.- Mora, Carlos F. Dr.: "Higiene de la Edad Preescolar". Editorial: Tipográfica. Pág. 123. Guatemala, 1951.
- 22.- Mora, Carlos F. Dr.: "Manual de Medicina Fórense". Tipografía Nacional de Guatemala. pp. 145, 233-234, 241-243. Guatemala 1951.
- 23.- Riojas, D. U.: y Manzano, S. C.: "Aspectos Radiológicos en Síndrome del Niño Maltratado". Jornada Pediátrica. I.M.S. S., 69, 1968 México.
- 24.- Shaw, A.: "The Surgeon and the Battered Child". Surg. Sync. And Chatet. 119: 355. U.S.A. 1964.
- 25.- Silverman, N.: "The Roentgen Manifestations of Unrecognized Skeletal Trauma in Infants". Am. J. Roentgenol. 69: 413: 1953.
- 26.- Surós, J.: "Semiología Médica y Técnica Exploratoria", 5a. Ed. Barcelona, Salvat Editores, S. A., 1972.
- 27.- "Tribuna Médica": Ediciones Lerner Ltda. Tomo XXI, No. 10. Bogotá, Colombia 1977.
- 28.- Van Roy, F.: "El Niño Impedido". Traducción de Federico J. Monfardin. Editorial: Kapeluz, Buenos Aires, 1960.
- 29.- Williams "Obstetrics". Hellman- Fourteenth edición- Pritchard Appleton- Century- Crofts. Educational División Meredith Corporation. New Yor. 1971.

Daniel Fernely Moir Mérida

Dr. Luis Francisco De Florán Monribot
Asesor.

Dr. Juan De Dios Maldonado P.
Revisor

Dr. Julio de León M
Director fase III

Dr. Mariano Guerrero R.
Secretario

Vo. Bo.

Dr. Carlos Armando Soto
Decano