

# Síndrome del niño maltratado

L. Sierra\* / J. Montesinos\* / M. Puig\* / I. Villa-Elizaga\*

## Evolución histórica

A la hora de enfocar históricamente la evolución de este síndrome, nos llama la atención el hecho de que una patología importante, tanto por su frecuencia como por su incidencia sobre el equilibrio psicossomático del niño, haya tenido que esperar largo tiempo a que se le prestase en los ambientes médicos pediátricos la atención que merece. Según Kempe<sup>25</sup>, ello se ha debido a que la pediatría, después del auge experimentado en los comienzos de este siglo por las técnicas alimenticias e inmunológicas, se ha introducido más en aquellos campos de superespecialización, originando una gran información científica esencial para la patología de órganos y sistemas que difirieron de la del adulto y ha debido de esperar a la irrupción del movimiento científico que se ocupa del niño como un conjunto psicossocial, denominado "Pediatría Social", que aunque de reciente aparición como entidad propia es tan antigua como la misma pediatría.

Fue Tardieu, en 1860, quien por primera vez realiza una descripción médica de los "malos tratos" infantiles, sin conseguir con su trabajo despertar inquietud entre los científicos.

En 1888, West describió el hallazgo de hematomas óseos en 4 niños que Barlow, contemporáneo suyo, atribuyó al escorbuto. Hoy en día, a la luz de los conocimientos que poseemos, se puede sospechar que posiblemente se trataba de la misma descripción del síndrome que nos ocupa.

En 1929, Parisot y Causade<sup>38</sup>, realizan un estudio sobre los malos tratos en el niño, presentándolo en el XIV Congreso de Medicina Legal de París.

Con Caffey<sup>4</sup>, comunicando 6 casos de fracturas de huesos largos y hematomas subdurales de causa desconocida, se abre una nueva etapa científica en el estudio del "Battered syndrome".

Múltiples descripciones tuvieron lugar en la literatura médica, similares a la realizada por Caffey: Smith<sup>44</sup> (1950), Lis y Fravenberger (1950), Marquez (1952), Bakwin (1952), Astley (1953), intentando descubrir, en todas ellas, nuevas enfermedades para justificar sus hallazgos.

Silverman<sup>42</sup> en 1953, con ocasión de la presentación de 3 nuevos casos de múltiples fracturas, afronta la posibilidad de una etiología traumática secundaria a la acción directa de adultos.

Dos años más tarde, Wolley y Evans<sup>49</sup> describieron 12 nuevos casos que vienen a confirmar la teoría de Silverman, al demostrar la imposibilidad tanto clínica como etiológica de la existencia del llamado "síndrome de fragilidad ósea" asociado a hematomas subdurales, entidad anteriormente descrita ante observaciones semejantes.

Los autores no tuvieron la menor duda al afirmar que las lesiones estaban producidas por otros individuos.

En 1959, Kempe<sup>24</sup>, al presentar una comunicación a la Sociedad Americana de Pediatría, introdujo por primera vez el término con que actualmente es conocido el síndrome: "The Battered Child Syndrome".

La primera comunicación escrita bajo este título aparece en 1962<sup>27</sup>.

Con la realización, en 1961, por la Academia Americana de Pediatría de un simposium en Chicago sobre "el niño apaleado", esta nueva faceta pediátrica fue oficialmente reconocida.

## Concepto y definición

La ley pública 93-247 (decreto sobre la prevención y tratamiento del abuso del niño, de la legislación americana) promulgada recientemente, define el síndrome de la siguiente manera:

"La expresión abuso y abandono del niño significa lesión física y mental, abuso sexual, trato negligente o maltrato, de todo individuo menor de 18 años por parte de la persona encargada de su cuidado y custodia, bajo circunstancias indicadoras de peligro o amenaza para la salud y bienestar del niño, según determina la legislación vigente".

Como podemos observar, el síndrome de los malos tratos infantiles oscila desde la privación de la afectividad materna pasando por la negación de los estímulos necesarios para el desarrollo psicológico normal, o de la comida, vestidos, abrigo y refugio, hasta la producción de traumatismos físicos intencionados que pueden producir la muerte. Consideramos con Fontana<sup>13</sup> que la denominación de "síndrome de malos tratos infantiles" es más precisa, pues como hemos visto, puede tratarse de omisiones únicamente psicológicas tan difícilmente

\* Departamento de Pediatría. Clínica Universitaria. Facultad de Medicina. Universidad de Navarra. Pamplona.

medibles como el cariño o la falta de estímulos, las que determinen una huella permanente en el organismo infantil como ha sido observado por Bloch<sup>3</sup>.

## Frecuencia

La poca bibliografía sobre "malos tratos" como diagnóstico en la práctica pediátrica indica claramente el desconocimiento del síndrome<sup>46</sup>.

En el simposium organizado por la Academia Americana de Pediatría en el año 1960, al que antes hicimos referencia, se estimó que en los EE. UU. se producen como mínimo 10.000 nuevos casos de "malos tratos" por año.

Según una editorial del "Journal of the American Medical Association" aparecido en 1962, la actual reducción de la morbilidad en enfermedades infecciosas y nutricionales realza la importancia de los malos tratos infantiles que en la población pediátrica norteamericana causa *más mortalidad* que la leucemia y las distrofias musculares conjuntamente.

El "Battered Syndrome" constituye causa de trastornos del SNC tan importantes como el conjunto de los accidentes de automóviles y las encefalitis tóxicas e infecciosas en el niño.

Helfer<sup>17</sup>, en 1970, después de un cuidadoso estudio estima que los malos tratos en EE. UU. varían entre 30.000 y 50.000 casos al año, cifras muy parecidas a las dadas en 1960.

Kempe<sup>25</sup> afirma que el síndrome se produce en 6 niños por cada 1.000 recién nacidos vivos.

La mitad de los niños maltratados lo son con lesiones graves. Si hacemos una transpolación de datos a una nación de 35 millones de habitantes, como es la española, nos encontramos con que habrá entre 6.125 y 7.875 niños víctimas de malos tratos cada año.

El estudio realizado por Holter y Friedman<sup>19</sup> en 1969, en el Servicio de Urgencias de un hospital americano, muestra que el 10 % de los niños menores de 5 años atendidos tenían fundadas sospechas de malos tratos. Según Ebbin y cols<sup>10</sup>, el 1 % de los ingresos que se produjeron en su hospital durante el bienio 1967-68 fueron diagnosticados de malos tratos.

Kempe<sup>25</sup>, autor que ha dedicado gran parte de su trabajo a esta entidad, pone de manifiesto la importancia de este síndrome en comparación con otras enfermedades (tabla I).

Si ponemos en relación la edad de los niños ingresados con la frecuencia, encontramos que prácticamente todos los autores están de acuerdo en que ésta es mucho mayor en los primeros 12 meses de vida.

Tabla I. IMPORTANCIA DEL SINDROME DEL NIÑO MALTRATADO EN COMPARACION CON OTRAS ENFERMEDADES (NUEVOS CASOS POR AÑO, HOSPITAL INFANTIL DE PITTSBURGH)

Fenil cetonuria.....	11
Tumor de Wilms.....	6
Neuroblastomas.....	7
Fibrosis quística de páncreas.....	11
Leucemia (hasta 16 años).....	25
Retraso estaturó-pondural.....	37
Malos tratos.....	41

Según McHenry y cols<sup>34</sup>, en un trabajo realizado sobre 100 casos, la frecuencia mayor corresponde a los 3 meses de edad.

## Etiología

Smith<sup>44</sup> sugiere que el abuso y abandono del niño es básicamente una enfermedad de adultos que encuentra su expresión en el niño. Postula que la etiología de este maltrato puede explicarse como una ecuación trivalente compuesta por un tipo particular de padres, un tipo particular de niños, más un acontecimiento que provoca ansiedad (crisis), añadiendo un cuarto factor adicional representado por la tolerancia cultural para el castigo corporal grave.

### Tipo especial de padres

Es norma, en la actitud de los padres que maltratan a sus hijos, la convicción de que los niños existen para satisfacer sus necesidades psíquicas. Si no lo consiguen, "deben ser castigados". Muchos de ellos piensan que sus hijos han de compensarles de sus insatisfacciones cotidianas.

Es universalmente aceptado el concepto de que el instinto de paternidad o maternidad se identifican con la tendencia innata a cubrir las necesidades infantiles de atención, comida y bienestar de una forma generosa.

La capacidad de ser generoso con los niños varía ampliamente, sobre todo cuando éstos son una fuente continua de problemas. En este sentido se calcula que cerca de un 20 % de las madres norteamericanas necesitan una adecuada asistencia social para poder criar normalmente a sus hijos.

Silverman opina que los padres y todas las personas adultas que maltratan a los niños son inmaduras, impulsivas, egocéntricas, hipersensibles, dispuestas a reaccionar con una agresividad incontrolada a una situación de frustración. En la mayoría de los casos, los padres que prodigan malos tratos a sus hijos fueron a su vez víctimas de malos tratos por sus padres<sup>19,30</sup>, es decir, se identifican con su infancia y creen que lo más natural es actuar de la misma manera que sus padres lo hicieron con ellos.

Según una editorial del Lancet<sup>31</sup>; la mayoría de los padres que maltratan son emocionalmente inadaptados. Un 5 % de ellos son psicóticos y otro 5 % psicópatas agresivos con descargas inadecuadas en los momentos de tensión.

### Tipo especial de niño

Prácticamente todos los autores que se han dedicado a estudiar el síndrome están de acuerdo en resaltar una serie de características de los niños víctimas de malos tratos que, por sus repetidas observaciones, han de valorarse como factores etiológicos:

#### Prematuridad

Según Elmer y Gregg<sup>11</sup>, la proporción de prematuridad en los maltratados llega hasta un 33 % en tanto que para Klein<sup>29</sup> sólo sería de un 13 %. Straus, Girodet y

Vesein<sup>46</sup> han encontrado un 18 % de prematuridad entre los casos investigados. Para estos autores, el motivo de los malos tratos reside en los sentimientos de fracaso y culpabilidad de la madre al no haber sido capaz de tener un hijo "normal". Klein<sup>29</sup> opina que las deplorables condiciones en que viven las madres que hacen víctimas de malos tratos a sus hijos son simultáneamente causa de éstos y a su vez tienden a tener niños pretérmino. Si bien también admite la posibilidad de que la obligada separación entre la madre y su hijo prematuro, por los cuidados que precisa, rompa los naturales lazos afectivos.

### **Gemelos**

Son más frecuentes entre los maltratados en las estadísticas de Kempe<sup>28</sup>, Straus, Girodet y Vesein<sup>46</sup>, sin que se aduzcan motivos.

### **Adoptado**

En la estadística norteamericana es un factor de riesgo. En nuestro país quizá por la ley sobre adopción no hemos observado nosotros este fenómeno.

### **Ilegítimos**

La ilegitimidad es causa muy frecuente de este síndrome<sup>13,16,42</sup>.

### **Retraso mental**

Se ha afirmado que son los hijos con defectos físicos y mentales los más frecuentemente maltratados. Klein y Stern<sup>29</sup> han sugerido que la anormalidad infantil predispone al maltrato.

Según Lond<sup>33</sup>, de 670 niños de 3 a 9 años que acudieron a su consulta de psiquiatría infantil, 24 presentaron el síndrome de malos tratos.

De los 3 casos que presentamos en este trabajo, 2 son niños con minusvalía psicofísica.

### **Otras características**

Para Caffey<sup>6</sup>, los niños hiperactivos, desafiantes y agotadores pueden llegar a inhibir temporalmente el autocontrol paterno y llevarles a la ejecución de actos violentos. Los niños con estas características pueden evaluarse como el 5 % de la población infantil.

Digamos por último que como ya ha sido puesto de relieve por Woolley y Evans<sup>49</sup> y Fontana<sup>13</sup>, todavía se sigue ignorando por qué en una familia un hijo suele ser repentinamente víctima de malos tratos, en tanto que en idénticas condiciones los demás hijos están perfectamente cuidados y tratados.

### **Diagnóstico**

No es el niño golpeado ni el muerto apenas nacido el que plantea las mayores dificultades diagnósticas, sino el niño que presenta hallazgos físicos más sutiles relacionados con características discriminativas por parte

de los padres el que requiere más agudeza y cuidado en la observación clínica.

Los médicos en general y más particularmente los pediatras deben acostumbrarse a pensar en este síndrome mucho antes que en otros raros trastornos y enfermedades que requieren delicadas y costosas exploraciones para descartar su diagnóstico y tratamiento.

Fontana<sup>15</sup> estimaba en 1963 que sólo se diagnosticaba un 1/3 de los casos de maltrato.

Debemos plantearnos la sospecha de estar frente a un síndrome de abuso y abandono ante cualquiera de los siguientes hechos:

### **Historia clínica**

- Discrepancia entre la historia clínica y grado de lesión física.
- Intervalo prolongado entre el momento de la lesión y la búsqueda de ayuda.
- Historia de traumatismos repetidos tratados en diferentes centros hospitalarios.
- Respuesta o sumisión inapropiada de los padres ante los consejos del personal sanitario, incluyendo el abandono del niño en el consultorio médico.
- Alteración de la dinámica familiar de diversa etiología: adicción de drogas, stress económico, psicosis, perversión, etc.
- Resistencia familiar a la información de datos.

### **Examen físico**

- Signos de abandono, falta de higiene corporal, malnutrición, irritabilidad, personalidad retraída.
- Sed y deshidratación hipertónica<sup>39</sup>.
- Contusiones, abrasiones, quemaduras, hematomas y cicatrices residuales de antiguas lesiones.
- Fracturas y/o luxaciones de extremidades.
- Coma, convulsión y muerte.
- Síntomas de deprivación de drogas.

### **Manifestaciones radiológicas**

- Hemorragias subperiósticas. Separación epifisaria aumentada. Fractura perióstica. Fractura metafisaria. Metáfisis "cuadrada". Calcificaciones periostales.
- Morris y cols<sup>36</sup> han descrito una lesión de características de conducta del niño que sufre malos tratos:
- Muestra recelo ante cualquier contacto con el adulto.
  - Se halla siempre al acecho como presintiendo peligro.
  - No mira a los padres en busca de apoyo o protección.
  - Puede llorar desesperadamente durante el examen o tratamiento, o bien apenas se queja ni se mueve.
- Como conclusión diremos que el clínico debe sospechar este síndrome cada vez que observe cualquier lesión no fácilmente explicable, sobre todo en un niño pequeño, y registrar con gran cuidado las características de conducta inapropiada tanto en los padres como en el paciente. Siempre ayudará en estos casos formularse la siguiente pregunta: ¿Un padre prudente se comportaría de la forma que observamos? Si la respuesta es negativa, estamos obligados moral y legalmente a

actuar basados en nuestra sospecha para servir mejor al interés del niño y su familia. Como ha sido bien puesto de relieve por Roddey Holder <sup>40</sup>, si el médico no acepta la responsabilidad diagnóstica del síndrome de los malos tratos infantiles, debe moralmente aceptar la responsabilidad médica que supone el saber que del 25 al 50 % de los casos no diagnosticados serán lesionados definitivamente o llegarán al éxitus en el plazo de 6 meses, después de pasar por su consulta.

El fallo diagnóstico va más allá del descuido médico y constituye una negativa en la apreciación de la vida humana.

## Prevención

Si fuera accesible a todo niño la atención sanitaria óptima con independencia de raza, lugar de residencia o estado socio-económico, un cuidado que garantizara diagnóstico y tratamiento temprano, así como la conservación de la salud, podría mejorar notablemente el problema del abuso en el niño.

Un segundo punto fundamental para la prevención es la capacidad de identificar a los padres y niños —"riesgo" antes de que ocurra un episodio grave de abuso, lo que requiere el desarrollo de instrumentos de predicción, esfuerzo actualmente en marcha en buen número de instituciones.

En tercer lugar creemos que se aumentará la capacidad de prevención si propiciamos la difusión y utilización de los conocimientos referentes a este síndrome. Los planes de estudio de las Facultades de Medicina y los programas de adiestramiento de los hospitales docentes deben de impartir a los médicos jóvenes algo más que un resumen sobre este tema que fue lo que constituyó la regla en el pasado.

El desarrollo de centros modelo, estatales o regionales, destinados a la atención del síndrome de "malos tratos" al niño, la educación de equipos especializados y la recopilación y análisis de los datos pertinentes reforzarán de forma manifiesta nuestras cifras globales.

Es importante que la sociedad sea informada de todas las facetas del síndrome de abuso y abandono del niño. Por desgracia se ha tendido a tratar este tema con un carácter episódico y sensacionalista y cuando llega a conocimiento del público provoca reacciones de abrumadora repulsa en lugar de terapéuticas adecuadas.

Confiamos que en un futuro próximo los estudios al respecto subrayen la necesidad no sólo de proteger al niño contra lesiones probables, sino también de restablecer la capacidad de los padres, siempre que sea posible, para lograr una educación más apropiada de sus hijos.

## Tratamiento

Como el problema de abuso y abandono del niño es multicausal en su etiología, es obligado que su tratamiento sea dirigido por un equipo interdisciplinar. En general, el equipo básico ideal estaría compuesto por médico de familia o pediatra generalista, un psiquiatra, asistente social, etc., y según la institución podrían añadirse otras disciplinas como abogados, psicólogos y educadores.

La función del equipo consistiría en confirmar los casos de abuso y abandono del niño, desarrollando un plan de acción y vigilando su cumplimiento.

Se ha sistematizado el tratamiento médico del síndrome en los cuatro eslabones siguientes:

1. Ingreso del niño en un centro hospitalario para el correcto diagnóstico y tratamiento de las lesiones que se observen. Caffey <sup>4</sup> ha sugerido la creación de servicios especializados en "malos tratos", en los centros hospitalarios pediátricos.
2. Separación temporal de los padres para realizar la labor protectora del niño. Un niño que ha sido maltratado no puede sentirse nada seguro si una vez curado de sus lesiones vuelve precozmente al seno de la familia que le ha lesionado.
3. Terapia de los padres para lograr seguridad infantil en el hogar. Koel <sup>30</sup> ha observado que muchos niños curados de sus lesiones por malos tratos fallecen poco tiempo después de su regreso al seno familiar. La conclusión, no por dramática, deja de ser menos obvia. Los esfuerzos debieran haberse dirigido más a los padres que al hijo lesionado, para, en definitiva, beneficiar a este último de una forma más integral. Igualmente, se ha precisado la necesidad de hacer comprender a los padres que las explosiones de violencia o las omisiones con sus hijos reflejan una frustración íntima, que encuentra su expresión maltratándolos, cuando las responsabilidades son temporal o definitivamente superiores a las posibilidades. En estos casos, es conveniente convencerles de la necesidad de buscar ayuda antes de llegar a situaciones irreversibles. El tratamiento debe realizarse con un enfoque médico-social integral y ha de durar todo el tiempo que sea necesario. Se debe prestar la máxima atención a las situaciones que sean particularmente peligrosas, como nuevos embarazos, agravación de dificultades económicas, enfermedades, etc.
4. Vuelta gradual y vigilada del niño al hogar y después del episodio agudo, el niño debe de volver regularmente al servicio para que sea examinado por el personal especializado.

Tan sólo el 10 % de los padres agresivos son tan psicóticos o sociopáticos que requieren su ingreso en una institución.

Sabemos hoy que es posible ayudar a un 90 % de padres a recuperar un papel eficaz en su función de educadores.

## Casos clínicos

### Caso n.º 1

M. L. A. Niño de 3 años de edad que ingresa en nuestro departamento procedente de otro centro sanitario para estudio de un posible "síndrome de malos tratos". A la exploración física se pone de relieve un niño con aspecto general estuporoso, pero colaborador. Llama la atención la gran cantidad de lesiones equimóticas y erosiones en cuero cabelludo, mejillas, ambos pabellones auriculares, orificios nasales y en espalda. En mano izquierda lesión de quemadura antigua (figs. 1 y 2).

Placas hiperqueratósicas en manos y plantas de los pies.

Presentaba asimismo un hematoma en pene.

Cráneo: normoconformado.

Adenopatías: 1/1/1.

Tórax: normoconformado.



Fig. 1.



Fig. 2.

AC: soplo protomesosistólico I/IV de características funcionales.

AP: ruidos transmitidos de vías altas.

Abdomen: blando y depresible. No visceromegalia.

En la serie radiológica ósea que se le realizó no se objetivaron anormalidades de tipo traumático.

El EEG mostraba una lentificación de fondo moderada. Brote delta irregulares intermitentes bilaterales. Depresión relativa hemisférica izquierda.

El examen oftalmológico del fondo de ojo reveló un edema de papila bilateral, forma "minor" de retinitis traumática.

El informe psicológico definió al niño como poco dócil y colaborador, muy agresivo, producto de un probable ambiente familiar poco estimulante.

A la vista de los hechos se llevó a cabo una investigación de la dinámica familiar. Como resultado se comprobó una grave alteración del entorno familiar. El niño vivía con sus abuelos siendo víctima de frecuentes malos tratos por parte de sus parientes más cercanos, parientes afectos en su mayoría de grave adicción al etilismo.

## Caso n.º 2

M. M. D. Niño de 3 años y medio de edad que ingresa en nuestro servicio por presentar un estado de deshidratación grave precedido de un cuadro de vómitos y diarreas de 8 días de evolución.

A la exploración física encontramos un peso de 8.270 g (12 % inferior al último control de hacía 15 días). Aspecto general con signos de desnutrición proteico-calórico, signo del pliegue+++ y estado de conciencia obnubilada. Rigidez de nuca.

Cráneo normoconformado. Pupilas isocóricas y normoreactivas.

Tórax: normoconformado.

CA: RCR. No soplos.

AP: Roncus espiratorios, estertores de grueso calibre bilaterales.

Abdomen: blando y depresible. No doloroso a la palpación. Se palpa polo de bazo.

Extremidades: Nalgas en bolsa de tabaco.

Mediante las pruebas analíticas convencionales fue

diagnosticado de deshidratación hipertónica. Durante su ingreso evolucionó de forma favorable con tratamiento de reposición hidroelectrolítica y proteico.

La tomografía axial computarizada mostró una atrofia difusa del SNC, posible consecuencia de la deshidratación, ya que el anterior TAC estaba dentro de la normalidad (figs. 3 y 4).

En el EEG observamos una lentificación difusa de hipsincromía discreta.

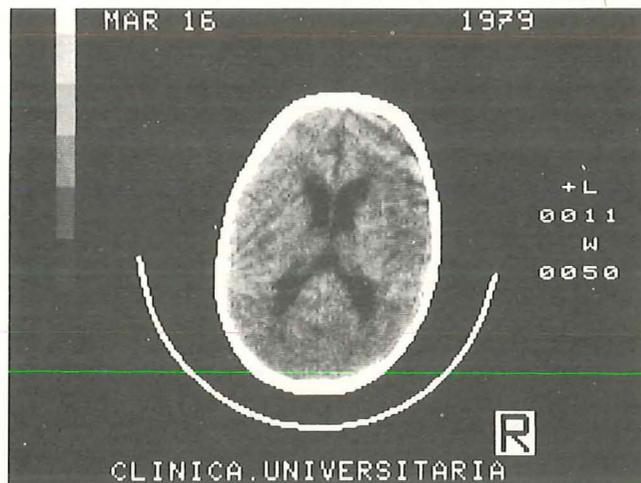


Fig. 3.

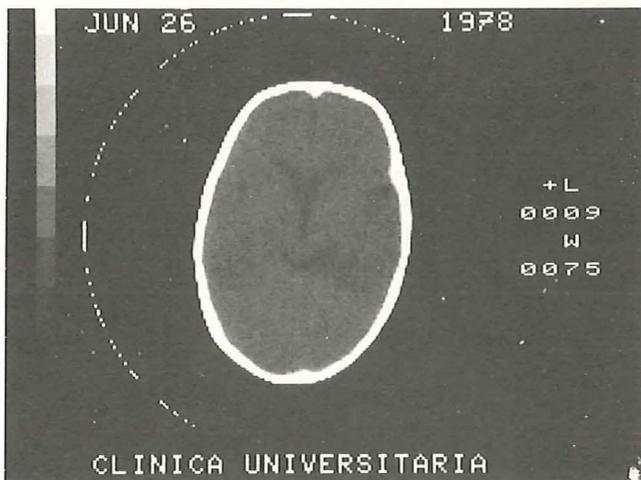


Fig. 4.

Bajo el punto de vista psicológico, el niño mostraba una adaptación al medio pasiva y resignada, de acuerdo con unas posibilidades físicas y mentales disminuidas.

El niño había estado ingresado en nuestro servicio en diferentes ocasiones, siendo constante en todas ellas encontrar claros signos de abandono e incluso por dos veces se observaron hematomas que fueron interpretados como "no" intencionados.

A la vista de los datos recogidos, no tuvimos dudas en clasificar al niño como afecto de deshidratación hipertónica, secuelas neurológicas secundarias a esta deshidratación y desnutrición proteico-calórica, consecuencia de un "síndrome de malos tratos".

### Caso n.º 3

M. G. I. Niño de 12 años de edad, que ingresa en nuestro servicio, procedente de ambiente rural, con condiciones higiénico-sociales deficientes. Presenta su ingreso un retraso psicomotor importante. No antecedentes obstétricos ni neonatales conocidos.

Rasgos psicóticos muy marcados: congelación afectiva, desinterés por el ambiente, ausencia absoluta del lenguaje, estereotipias motrices. Tiene incontinencia esfinteriana y no sabe comer solo. Hipotrofia generalizada. Callosidades de ambas rodillas y en cara dorsal de ambos tobillos a causa de que el niño siempre se ha desplazado a gatas por el suelo. Ello le ha determinado un equinismo de ambos pies irreductible manualmente. En bipedestación sostenida camina sobre las puntas de los pies. Los reflejos profundos están global y simétricamente exaltados (figs. 5 y 6).

Los estudios de Screening metabólico, las radiografías de cráneo y el TAC cerebral no han mostrado anomalías valorables. En el EEG se observa una lentificación moderada de la actividad de base, sin otras anomalías.

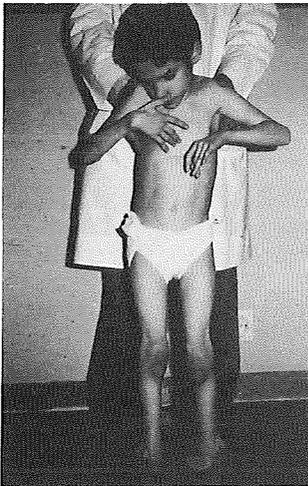


Fig. 5.

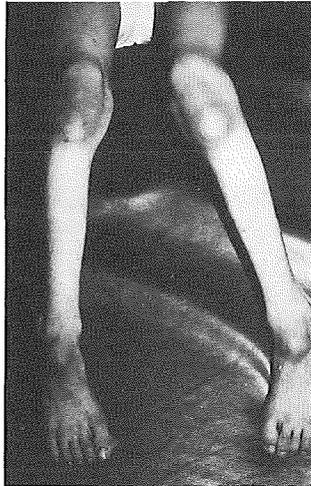


Fig. 6.

Se realizó una intervención ortopédica (Dres. Cañadell y Beguiristain) con objeto de hacer posible la bipedestación con tratamiento fisioterápico adecuado.

Dentro de la analítica realizada llamó la atención de forma poderosa la gran parasitosis intestinal revelada por los exámenes coproparasitarios realizados (Ascaris lumbricoides, Entamoeba coli, Endolimax nana, Trichuris Trichuria).

Realizada una investigación entre los parientes cercanos del niño se llegó al conocimiento de que éste estaba apartado del resto de la familia, por considerarle un niño retrasado "no útil", realizando su vida cotidiana entre los animales domésticos de la casa.

### Bibliografía

1. Adelson L. *The battering child*. JAMA. 222, 161, 1963.
2. Baselga G, López MJ. *El síndrome del niño apaleado. A propósito de una observación personal*. Bol Soc Arag Pediat. 8, 4, 187.

3. Bloch H. *Pediatricians, society and battered children*. Pediatrics. 37, 856, 1966.
4. Caffey J. *Significance of the history in the diagnosis of traumatic injury to children*. J Pediat. 67, 1,008, 1965.
5. Caffey J. *Traumatic cupping in the metaphyses of growing bones*. Am J Roentg. 108, 451, 1970.
6. Caffey J. *On the theory and practice of shaking infants*. Am J Dis Child. 124, 161, 1972.
7. Cameron JS. *Role of the child protective organization*. Pediatrics. 51, 796, 1973.
8. Cohen MI, Raphing DL, Green PE. *Psychologic aspects of the maltreatment syndrome of children*. J Pediat. 69, 279, 1966.
9. Domínguez JM, Romero JL. *Comentarios sobre el síndrome de los malos tratos infantiles*. Rev Esp Ped. 192, 755, 1976.
10. Ebbin AJ, Gollub MH, Stein AM, Wilson MG. *Battered child syndrome at the Los Angeles County General Hospital*. Am J Dis Child. 118, 660, 1969.
11. Elmer E, Gregg GS. *Developmental characteristics of abused children*. Pediatrics. 40, 596, 1967.
12. Ellison PH, Tsai F, Largent A. *Computed tomography in child abuse and cerebral contusion*. Pediatrics. 62, 151, 1978.
13. Fontana VJ, Donovan D, Wrong RJ. *The maltreatment syndrome in children*. N Eng J Med. 269, 1,389, 1963.
14. Fontana VJ. *Physical abuse of children*. Pediatrics. 45, 509, 1970.
15. Fontana VJ. *The diagnosis in the maltreatment syndrome in children*. Pediatrics. 51, 780, 1973.
16. Gil DG. *Physical abuse of children. Findings and implications of a nationwide survey*. Pediatrics. 44, 857, 1969.
17. Helfer RE. *Physical abuse of children*. Pediatrics. 46, 651, 1970.
18. Helfer RE. *The etiology of child abuse*. Pediatrics. 51, 777, 1973.
19. Holter JC, Friedman SB. *Child abuse: early case finding in the emergence department*. Pediatrics. 42, 128, 1968.
20. Holter JC, Friedman SB. *Etiology and management of severely burned children*. Am J Dis Child. 118, 680, 1969.
21. Isaacs JL. *The law and the abused and neglected children*. Pediatrics. 51, 783, 1973.
22. Joiner III NE. *Child abuse: the role of the physician and the hospital*. Pediatrics. 51, 799, 1973.
23. Kelly M. *Role of the courts*. Pediatrics. 51, 796, 1973.
24. Kempe CH, Silver HR. *The problem of parent criminal. Neglect and severe abuse of children*. Transaction of the American Pediatric Society. Sixty Ninth Annual Meeting. Buck Hill Falls. Mayo 1968. Am J Dis Child. 98, 528, 1959.
25. Kempe CH. *Paediatric implications of the battered baby syndrome*. Arch Dis Child. 46, 28, 1971.
26. Kempe CH, Helfer RE. *Helping the battered child and his family*. J. B. Lippincott Co. Philadelphia. 1972.
27. Kempe CH, Silverman FN, Steele BF, Droege Muller W, Silver HK. *The battered child syndrome*. JAMA. 181, 17, 1962.
28. Kempe CH. *Child abuse. The pediatrician's role in child advocacy and preventive pediatrics*. Am J Dis Child. 132, 1978.
29. Klein M, Stern L. *Low birth weight and the battered child syndrome*. Am J Dis Child. 122, 15, 1971.
30. Koel BS. *Failure to thrive and fatal injury as a continuum*. Am J Dis Child. 118, 565, 1969.

31. Violent parents. Lancet. 2, 1.017, 1971.
32. Laver B, Ten Broech E, Grossman M. *The battered child syndrome*. Pediatrics. 54, 67, 1974.
33. Lond MB. *Physical ill-treatment of children*. Lancet. 1, 37, 1968.
34. McHenry TH, Girdany BR, Elmer EE. *Unsuspected trauma with multiple skeletal injuries during and childhood*. Pediatrics. 21, 903, 1963.
35. Manciaux M, Rabouille D. *Los niños víctimas de malos tratos*. p 545. Pediatra Social. Ed Labor. 1978.
36. Morris MG, Gould RW. *Role revisal: a concept in dealing with neglect battered child syndrome*. New York. Child Welfare League of America. 1963.
37. Newberger E, Hyde J. *Child abuse. Principles and implication of current pediatric practice*. Pediat Clin North America. 22, 3, 1975.
38. Parisot, Causade. *Los niños víctimas de malos tratos*. Citado por Maciaux M y Rabouille D. Pediatría Social. Ed Labor. 1978.
39. Pickel S, Anderson C, Malcom A. *Thirsting and hypernatremic dehydration. A form of child abuse*. Pediatrics. 41, 1, 1970.
40. Roddey Holder A. *Child abuse and the physician*. JAMA. 222, 517, 1972.
41. Rosenfeld AA. *Sexual abuse of children*. JAMA. 240, 43, 1978.
42. Silverman FN. *Síndrome del niño maltratado. Bases biológicas en práctica pediátrica*. Vol II. p 2.138. Salvat. Barcelona. 1970.
43. Slosberg E y cols. *Penire trauma as a sign of child abuse*. Am J Dis Child. 132, 1978.
44. Smith C. *The battered child*. N Eng J Med. 299, 322, 1973.
45. Solomon T. *History and demography of child abuse*. Pediatrics. 51, 4, 1973.
46. Straus P, Girodet D, Vesein C. *De l'accident méconnu au sévise. Contribution au diagnostique du "syndrome de Silverman"*. Ann Pediat. 19, 651, 1972.
47. Valtueña Borque O. *Síndrome de los malos tratos infantiles*. Bol Soc Ped Madrid y Región Centro. 20, 321, 1973.
48. Valtueña Borque O. *Síndrome de los malos tratos infantiles*. Bol Soc Ped Madrid y Región Centro. 20, 383, 1973.
49. Wolley PV, Evans WA. *Significance of skeletal lesions in infants resembling those of traumatic origin*. JAMA. 158, 539, 1955.

**EUNSA**



**EDICIONES UNIVERSIDAD DE NAVARRA, S. A.**

Plaza de los Sauces, 1 y 2 - Apdo. 396. Tel. (948) 256850  
Barañain - PAMPLONA (España)

## AVISO IMPORTANTE PARA LOS LECTORES

Si desea recibir de manera periódica y gratuitamente la REVISTA DE MEDICINA DE LA UNIVERSIDAD DE NAVARRA, le agradeceremos nos remita cumplimentado el boletín adjunto que se ha previsto a tal efecto. (Esta oferta sólo es válida para los médicos residentes en España).

Si, por otra parte, quiere adquirir alguno de los LIBROS que componen el Catálogo General de EUNSA y que se anuncian en este mismo ejemplar de la Revista, puede formalizar el otro boletín que se adjunta y remitirlo a nuestra dirección.



-----

APELLIDOS .....

NOMBRE ..... ESPECIALIDAD .....

Deseo recibir gratuitamente la REVISTA DE MEDICINA DE LA UNIVERSIDAD DE NAVARRA

en mi domicilio: CALLE ..... N.º .....

POBLACION ..... DISTRITO POSTAL .....

PROVINCIA ..... PAIS .....

en mi lugar de trabajo: (CENTRO HOSPITALARIO, CONSULTA PRIVADA, FACULTAD DE MEDICINA) .....

CALLE ..... N.º .....

POBLACION ..... DISTRITO POSTAL .....

PROVINCIA ..... PAIS .....

Firma del destinatario



APELLIDOS	NOMBRE
ESPECIALIDAD	
CALLE	NUM.
POBLACION	DISTRITO POSTAL
PROVINCIA	PAIS

- Deseo recibir los siguientes títulos, cuya forma de pago abajo indico: .....
- .....
- Solicito suscribirme a la colección cultural de libros de bolsillo TEMAS NT (diez títulos consecutivos), del n.º ..... al n.º .....
- Deseo recibir información o/y catálogos de .....

### FORMAS DE PAGO

- RECIBO BANCO { BANCO .....  
AGENCIA .....  
N.º CUENTA .....
- GIRO POSTAL { NUM. ....  
FECHA .....
- REEMBOLSO
- TRANSFERENCIA BANCARIA