



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO**

FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIO DE POSGRADO
HOSPITAL INFANTIL DE MÉXICO FEDERICO GÓMEZ.

**“CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y SOCIALES DE
LOS PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE
MALTRATO INFANTIL ATENDIDOS EN LA
CLÍNICA DE PREVENCIÓN DE MALTRATO
INFANTIL EN EL HOSPITAL INFANTIL DE MEXICO
FEDERICO GOMEZ”.**

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

MÉDICO PEDIATRA

PRESENTA:

DRA. JACQUELINE FERNÁNDEZ MÉNDEZ.



HOSPITAL INFANTIL de MÉXICO
FEDERICO GÓMEZ
Instituto Nacional de Salud

DIRECTOR:

DRA. MARÍA OFELIA MENDOZAROJAS.

MÉXICO, D. F.

FEBRERO 2010.



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

DRA. MARIA OFELIA MENDOZA ROJAS
COORDINADORA DE LA CLINICA DE PREVENCION
DE MALTRATO INFANTIL .

DEDICATORIA:

A Dios por ser la fuerza en mis días de cansancio, por ser la Luz en mi oscuridad, por ser la Inspiración en días difíciles, por ser el amor reflejado en mis pacientes, por hacerme su instrumento, Gracias Señor.

A mi Padre por ser el apoyo incondicional en todo momento y por darme el ejemplo de perseverancia, humildad, sencillez y trabajo.

A mi Madre por estar conmigo en los días de desánimo y en los días felices, por brindarme el consejo acertado en momentos de prueba, por ser la fortaleza en el cansancio.

A mis tutoras de tesis y de análisis metodológico, porque sin su apoyo no hubiéramos obtenido los resultados del estudio.

INDICE

Antecedentes.	2
Marco teórico.	5
Justificación	29
Material y métodos.	32
Resultados.	41
Discusión.	44
Bibliografía.	46
Anexos.	48

ANTECEDENTES

El fenómeno de maltrato infantil (MI), como fenómeno universal, es tan antiguo como el hombre mismo. Existen en la historia, varias descripciones: en la Biblia cuando Abraham casi sacrifica a su hijo Isaac como ofrenda a Dios; la matanza de inocentes ordenada por Herodes; o cuando en Jericó los niños eran empotrados en los cimientos de las casas, con la creencia de que los harían más fuertes; y así hay más ejemplos que narran la existencia del mismo (1,2).

Santana-Tavira (1) en un estudio sobre maltrato, cita el caso de la pequeña Mary Ellen (1874), quien era fuertemente golpeada por sus padres adoptivos. Sus vecinos decidieron presentar el caso ante un tribunal, donde tuvo que ser defendida por la Sociedad Protectora de Animales por no haber instancias legales que pudieran actuar en su defensa, motivando posteriormente la creación de instancias como la primera Sociedad para la prevención de la crueldad en los niños en Nueva York (1).

El ***Síndrome de Niño Golpeado***, fué descrito por primera vez en 1868, en Paris por Ambroise Tardieu, médico Legista que había practicado cerca de 32 autopsias a niños quemados y golpeados (1).

Caffey en 1946, describió la presencia de hematomas subdurales asociados a alteraciones radiológicas de huesos largos en niños (1,3,4).

Más tarde en 1962, Henry Kempe y Silverman, retoman nuevamente el término de Síndrome de Niño Golpeado para agrupar a todos los niños que ingresaban al servicio de Pediatría del Hospital General de Denver, Colorado. Este término fue modificado posteriormente por Fontana, quien amplió el término por el de Síndrome de Niño Maltratado, al observar que los niños podían ser agredidos no solo físicamente (1,3-5).

La Organización de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF por sus siglas en Inglés), en su informe anual de 1996 establece que en África occidental y central, se estimó que hasta un 20% de los niños se encontraban desarrollando actividades de tipo laboral, mientras que en África oriental y meridional iba en aumento el número de familias cuyo jefe es un niño (1).

En Estados Unidos de Norteamérica en 1986, el *National Incidente Study-2* (NIS-2) reportó 15 casos de maltrato por cada 1,000 niños distribuidos en abandono físico (8 por cada 1,000); maltrato físico (5 por cada 1,000); maltrato emocional (3 por cada 1,000) y abuso sexual (2 por cada 1,000) (5).

En 1995, la UNICEF estimaba que la población menor de 19 años en México representaba 47% del total de los habitantes del país, y que el grupo de 0-4 años correspondía al 25.8%, resaltando la gran preocupación por los niños que viven en extrema pobreza o que pertenecen a etnias, principalmente los pequeños menores de 5 años, por ser la población infantil más vulnerable a enfermedades infecciosas, desnutrición, abuso y maltrato (1).

En los EUA, en el año de 1999, el *National Child Abuse and Neglect Data System* (NCANDS), indicó que el abandono, el maltrato físico y el abuso sexual constituían un 58.4%, 21.3% y 11.3% respectivamente del total de casos confirmados (6).

En un periodo de cinco años (1985-1990), se estudiaron 119 niños que ingresaron en el Hospital Universitario del Niño Jesús en Madrid, España; todos aquejados por alguna enfermedad y en todos los casos uno o ambos padres eran adictos a la heroína por vía parenteral al momento del estudio. Para fines de estudio de Maltrato Infantil se incluyeron 44 casos encontrando que 10 niños (23%) tenían signos de violencia física; 26 (59%) evidencia de desatención grave y 8 (18%) muestras evidentes de abandono por parte de los padres (2,5).

En 1993 Martínez y Martínez (7), en un estudio descriptivo de 549 casos de maltrato infantil encontraron que el 61.6% fueron del sexo femenino, 36.9% masculino y 1.5% se desconoce el dato por expediente incompleto. Se reportó también que el agresor más frecuente es la madre ocupando el primer lugar las que trabajan, con un pico máximo de edad (para la agresora) de 21-30 años. Las meretrices solo fueron responsables del 7.4% de las lesiones (7).

En 1985 el *Second National Family Violence Survey*, destacó que en familias con al menos un hijo mayor de 18 años, la prevalencia de formas leves de maltrato físico y maltrato verbal era de 619 por 1,000 niños; y de formas graves (golpeados, heridos o amenazados con cuchillos o armas de fuego) era de 110 por cada 1,000; estableciendo un perfil de edad entre los 3-6 años, familias con desempleo, pobreza, toxicomanías, agresor varón y edad de la pareja inferior a 30 años; aunque para algunos autores, la predilección por el sexo del agresor, está más asociado a la madre. Para el caso del abuso sexual, es más frecuente que el agresor sea varón y el maltratado sea más bien una niña, entre los 11 y 12 años (5).

El Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF) en el año de 1990, en Tijuana, B.C. se registraron un total de 336 casos de MI; de los cuales, la forma de maltrato más común fue la de negligencia. Reportan también que con respecto al estado civil del agresor, predominó la unión libre, el grado de escolaridad predominante fue de primaria, la mayoría eran empleados, sin conocer el dato del número de profesionistas. La mayoría tenía una vivienda proletaria y más de la mitad percibía ingresos menores al salario mínimo (2,8).

Según el INEGI, en el año 2004 se comprobó alguna forma de Maltrato en 59.2% de las denuncias realizadas en todo México. Para el estado de Jalisco en el mismo año, se comprobaron tan solo el 4.9%; de estos el 29.7% casos confirmados de maltrato físico. Se desconocen con precisión los datos epidemiológicos del MI en nuestra localidad (2,8).

MARCO TEORICO

Antecedentes Históricos

Los malos tratos en la infancia son una constante histórica que se ha presentado en todos los tiempos. Desde nuestros antepasados según descripciones Bíblicas, la ordenada por el rey Herodes en contra de los niños judíos, o en culturas precolombinas en las que se ofrecían sacrificios a los dioses; el infanticidio de niñas en la India por no ser rentables; matanzas para control natal-racial como la de los nazis en la Segunda Guerra Mundial, etc. (1,5).

Hay antecedentes de que en algunas ocasiones se utilizó a los niños para empotrarlos en los cimientos de las casas, puentes o muros, con el objeto de hacerlos más resistentes. En Inglaterra, la fuerza laboral más importante durante la revolución industrial eran los niños con jornadas de 10-12 horas; en el año de 1874, el caso de la pequeña Mary Ellen, una niña de 9 años que fue golpeada brutalmente por su madrastra, cuyo caso fue denunciado por sus vecinas, pero no pudo ser atendido por las autoridades al no existir leyes que prohibieran el maltrato a los niños; siendo necesario recurrir a la sociedad protectora de animales para su defensa. (1,5,9).

Los menores de edad representan una de las poblaciones más vulnerables por diferentes razones: dependencia física, afectiva, económica y social hacia los adultos a su cargo; lo cuál, los hace ser un blanco fácil para que les sean perpetradas acciones en contra de su integridad como seres humanos, entre los que se encuentran: maltrato físico con lesiones que pueden llegar a poner en peligro su vida; maltrato por negligencia, el abuso sexual, maltrato fetal, el maltrato emocional, la explotación económica, Síndrome de Münchausen. Además de ser víctimas de la violencia intrafamiliar, que cada vez se vive de forma más frecuente, y que es difícil reconocer por el secreto, la falta de pruebas, y los obstáculos sociales y jurídicos entre otros (10,11). A continuación se exponen algunos de los datos más importantes sobre la historia del MI como tal:

En 1860 el catedrático de Medicina Legal, Ambrosio Tardieu, agrupó los hallazgos de necropsias de 32 niños que presentaban golpes y quemaduras. En el mismo año en el Hospital para Niños Enfermos de Londres, Athol Jonson recalcó la frecuencia de fracturas múltiples en los niños. Sin embargo, no es hasta la época de 1946-1961 cuando a los profesionales de la medicina, publican artículos sobre diferentes lesiones en los niños en las que no se lograba identificar su etiología.

En el año de 1946, John Caffey describió seis pacientes con hematomas subdurales con un total de 23 fracturas de huesos largos, sin que se tuvieran patologías de base que explicaran la presencia de las mismas. Siete años después, un discípulo de él, Frederick Silverman, atribuye estas lesiones a traumatismos no accidentales por negligencia o agresiones deliberadas de los padres. Diez años más tarde en 1955, Wooley y Evans publicaron un trabajo en el que insinúan que la etiología de algunas lesiones traumáticas en los niños pudiera deberse a violencia de los padres o de personas a cargo de los mismos (1,3,4).

En el año de 1962, el Dr. Henry Kempe cita el término de **Síndrome de Niño Golpeado** para describir clínicamente lesiones que presentaban niños que habían sufrido lesiones de tipo físico. A raíz de este hallazgo, empiezan a publicarse varios trabajos que contribuían al conocimiento del abandono y MI, ampliándose el concepto del maltrato físico (niño zarandeado, síndrome de Münchausen por poderes, maltrato emocional, etc.) e incorporándose un término más amplio: el Síndrome de Niño Maltratado (5).

La naturaleza del MI hace que un gran número de casos se produzca dentro de la propia familia. El miedo a denunciar, la formación deficiente de los profesionales y el hecho de que el agredido sea un niño, hacen que el conocimiento real de su frecuencia sea desconocida (5).

Por otro lado, los profesionales de la salud y en particular los médicos, consideran una obligación la notificación del maltrato físico y el abuso sexual, pero no sucede lo mismo con la negligencia en los cuidados a la salud y el maltrato emocional; argumentando como razones para no denunciar el hecho el no tener la certeza absoluta del maltrato, o inclusive consideran que ellos mismos pueden trabajar con la familia y resolver el problema sin que haya necesidad de otras intervenciones. En el caso de la práctica privada, si se comenta el tema pero no se denuncia por el miedo a perder la clientela si señalan a los padres algunas medidas disciplinarias como “inadecuadas” (5).

Entre los factores de riesgo que se han asociado más fuertemente al maltrato, y que se han estudiado en diversas partes del mundo, se encuentran: ser producto de una gestación no deseada, padecer enfermedades crónicas, prematuréz o alguna otra patología neonatal que condicione separación madre-hijo durante las primeras épocas de la vida, violencia intrafamiliar, antecedente en los padres de haber sido maltratados, consumo de drogas por uno o ambos padres, condiciones socioeconómicas desfavorables, etc. (1,5).

Causas

Existen teorías que tratan de explicar las causas del MI, aunque se sabe que es muy difícil determinar con exactitud una sola, ya que siempre intervienen varios factores que pueden ser ajenos al niño, pero como consenso general, se han propuesto varios modelos que tratan de explicar dicho fenómeno.

- **Modelo psicológico-psiquiátrico:**

Este modelo centra la problemática en trastornos psicopatológicos de los padres; sin embargo, es bien sabido desde hace algunos años inclusive, descrito por el mismo Henry Kempe, que solo un 10% de los maltratadores padecían una enfermedad psiquiátrica de fondo.

- **Modelo sociológico**

Este modelo apareció en 1970 y dirige la causa a actitudes socioculturales que básicamente legitiman la violencia como un modelo idóneo para el control interpersonal. Considera que los padres son víctimas de complejas fuerzas sociales que implican la concepción misma de disciplina aceptable dentro de la sociedad.

- **Teoría de la transmisión intergeneracional del MI**

Esta hipótesis plantea que existe un ciclo en el que la violencia engendra más violencia, haciendo que se reproduzcan modelos de conducta generación tras generación; se sabe que los adultos que de niños fueron maltratados, tienen mayor riesgo de convertirse en maltratadores.

- **Modelo centrado en la vulnerabilidad del niño**

Este modelo centra su análisis en factores del propio niño, que cuando se suman con los factores previamente descritos, pueden provocar estallidos de violencia o bien desatención cuando el menor requiere de atención especial.

- **Modelo sociointeraccional**

Este modelo toma en consideración todos los niveles donde se desenvuelve el niño: ecológico, familiar, ambiental, social e individual, interviniendo cada uno como factores relacionados que al interactuar de diversas formas, o más bien hacer que disfuncione la triada padres-niños-ambiente, se genere el maltrato.

También se han propuesto además factores de riesgo o factores precipitantes (violencia intrafamiliar, poca tolerancia al estrés de los padres, niños hiperactivos, desempleo, adicciones, etc), factores de compensación que en cierta forma protegen contra los malos tratos (habilidades o talentos especiales, alto coeficiente intelectual, hijos sanos, seguridad económica, creencias religiosas fuertes, historia de relaciones positivas con el padre, etc). Según este modelo explicativo, cuando se rompe el equilibrio entre los factores precipitantes y los de compensación, es más factible que se desarrolle el MI.

Clasificación

Existen múltiples clasificaciones de MI, pero para los fines de este estudio se decidió utilizar la clasificación publicada por Díaz-Huertas (5), en la que se denotan tres tipos: prenatales, post-natales e institucionales que agrupan a todas las etiologías (tabla 1).

Tabla 1: Tipología del maltrato infantil de Díaz-Huertas (5).

<p style="text-align: center;">PRENATALES</p> <p><i>Gestaciones no deseadas</i> Sin control prenatal, alimentación deficiente, exceso de trabajo corporal.</p> <p><i>Hábitos tóxicos e hijos de padres toxicómanos</i> Madres alcohólicas, toxicómanas, fumadoras, etc.</p> <p><i>Enfermedades de transmisión</i> HIV/SIDA, hepatitis B, etc.</p> <p><i>Abortos</i></p>
<p style="text-align: center;">POSTNATALES</p> <p><i>Acción-físicos</i> Lesiones cutáneas, fracturas, niño zarandeado, asfixia mecánica, arrancamientos, intoxicaciones, Síndrome de Münchausen por poderes.</p> <p><i>Omisión-negligencia</i> No escolarización, desatención, abandono, retraso en el crecimiento no orgánico, “niños expósitos”.</p> <p><i>Emocional / Psicológico</i> Rechazar, ignorar, aterrorizar, aislar, corromper, privación afectiva, abuso pedagógico.</p> <p><i>Abuso sexual</i> Violación, incesto, pornografía, prostitución infantil, estimulación sexual.</p> <p><i>Explotación laboral</i></p>

Mendicidad, trabajo profesional, venta ambulante.

INSTITUCIONALES

Servicios sociales, servicios sanitarios, servicios escolares, policiales-judiciales, medios de comunicación social, asociaciones, etc.

MALTRATO PRENATAL

Engloba toda acción u omisión (conducta negligente o perjudiciosa) dirigidos en contra del niño gestante en cualquiera de sus etapas (5). Se incluye la inasistencia al control prenatal (CP), el uso de drogas dañinas, alcohol durante la gestación, o inclusive el maltrato físico dirigido a la madre (2,12). Existe un grupo de madres con alto riesgo de ser maltratadoras; Schmit y Kempe han propuesto una serie de datos orientadores para su identificación, mismos que se describen en la tabla 2:

Tabla 2. Embarazadas con alto riesgo de ocasionar maltrato fetal (13).

1. Mujer que niega el embarazo o que no busca atención y finge no saber que está embarazada.
2. Mujer con varios intentos de aborto.
3. Aquella que planea dar a su hijo en adopción inmediatamente luego del nacimiento.
4. Embarazada que es abandonada por el padre del niño o por su familia.
5. Fármaco dependiente o alcohólica que rehúsa tratamiento médico y psiquiátrico.
6. Progenitores con antecedentes de ser maltratadores.
7. Padres sociopatas o con alteraciones psiquiátricas.
8. Madres adolescentes que por razón familiar, personal o social se ven presionadas a cometer actos contra sí misma o contra el producto cuando sospechan o confirman el embarazo.

Puede causarlo directamente la madre, otro miembro de la familia, el médico o alguna persona que tenga ingerencia con el embarazo (13).

Las consecuencias del maltrato fetal, pueden ser muy variadas: infecciones de transmisión vertical, prematuréz, retraso en el crecimiento intrauterino, síndromes de abstinencia a drogas, peso bajo en el recién nacido, malformaciones por ingesta de sustancias o agentes infecciosos con propiedades teratógenas, o inclusive la muerte.

El control prenatal, es la herramienta preventiva más eficaz, ya que en su curso, se detectan enfermedades que ponen en riesgo la integridad de la madre y/o el producto de la gestación. Se considera que la falta del mismo, es una falta a los derechos del niño a obtener la salud (Artículo 28 de la Ley para la protección de los derechos de los niños; México, 2000) (9).

Existen múltiples razones por las que una madre no acude a control prenatal, destacando que frecuentemente es visto como un “gasto no prioritario”, lo cual aún tiene más peso cuando se trata de una gestación no deseada. Tan solo en México, la vigilancia requiere un mínimo de cinco visitas durante toda la gestación, cuando en Cuba en contraste, se requieren al menos 14 consultas (9,14).

Por otro lado, el feto puede ser maltratado in útero cuando es víctima junto con su madre de violencia intrafamiliar. Aunque los estudios de violencia y embarazo son escasos en nuestro país, en el año de 1996 se reportó una prevalencia de 33.5% de violencia en mujeres embarazadas, donde se demostró que éstas tuvieron cuatro veces más riesgo de tener productos de bajo peso en comparación con las mujeres no maltratadas. Las mujeres también tuvieron tres veces más complicaciones durante el parto y el puerperio inmediato (10).

MALTRATO FISICO

Desde el punto de vista clínico es el más fácil de reconocer, aunque a veces, no se detecta de forma inmediata debido a que los padres pueden armar un escenario ficticio que confunde al médico, y se define como **“cualquier acto no accidental que provoca daño físico o enfermedad en el niño o que le coloquen en grave riesgo de padecerlo”**. Las expresiones clínicas varían desde lesiones cutáneas, fracturas, hematomas, quemaduras, zarandeo (*shaken baby*), asfixia, arrancamientos, intoxicaciones, síndrome de Münchausen por poderes, etc. El maltrato físico (MF), corresponde a aproximadamente al 21.3% de todos los casos confirmados de maltrato (5,6,8).

Siempre se debe tener en cuenta al MI dentro del diagnóstico diferencial de cualquier niño que ingrese a urgencias con un cuadro clínico que lo haga sospecharlo. A continuación en la tabla 3 se señalan algunos indicadores de sospecha (15):

Tabla 3. Indicadores de sospecha para maltrato infantil.

INDICADORES HISTORICOS	INDICADORES FISICOS
<ul style="list-style-type: none">▪ ¿La historia es de una lesión inflingida?▪ No hay antecedente: una “lesión mágica”▪ ¿La lesión se pudo haber evitado con supervisión o mejor cuidado?▪ ¿Existen inconsistencias o cambios en la historia?▪ ¿Hay antecedente de múltiples hospitalizaciones de lesiones u hospitalizaciones frecuentes?▪ ¿Hubo retraso en la búsqueda de atención médica?▪ ¿La historia sobre o subestima la lesión?	<ul style="list-style-type: none">▪ ¿La lesión es congruente con la historia?▪ ¿Hay lesiones patognomónicas? (quemaduras por cigarro, marcas de planchas, etc).▪ ¿Hay lesiones múltiples?▪ ¿Hay lesiones en múltiples etapas de mejoría?▪ ¿Hay lesiones en lugares inusuales?▪ ¿Existen diferentes patrones de lesión? (fracturas y quemaduras).▪ ¿Hay evidencia de descuido?▪ ¿Se documentó envenenamiento en el niño?

<ul style="list-style-type: none"> ▪ ¿Hay antecedente de prematuréz, falla para crecer o para recibir cuidado médico adecuado, como retraso en las vacunas? ▪ ¿Es una historia de alto riesgo? (caer de las escaleras, inmersión, etc.) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ ¿Hay evidencia de falla para crecer sin historia de síntomas o hallazgos físicos que lo justifiquen? ▪ ¿Existe cualquier hallazgo físico inexplicable?
---	---

Los niños pueden ser lanzados, quemados, mordidos, lacerados, pinchados, etc., por lo que la forma de la lesión puede ser sugestiva del objeto empleado. Puede haber también datos de arrancamiento del pelo (4). A continuación se señalarán brevemente los tipos lesiones más comunes del maltrato físico:

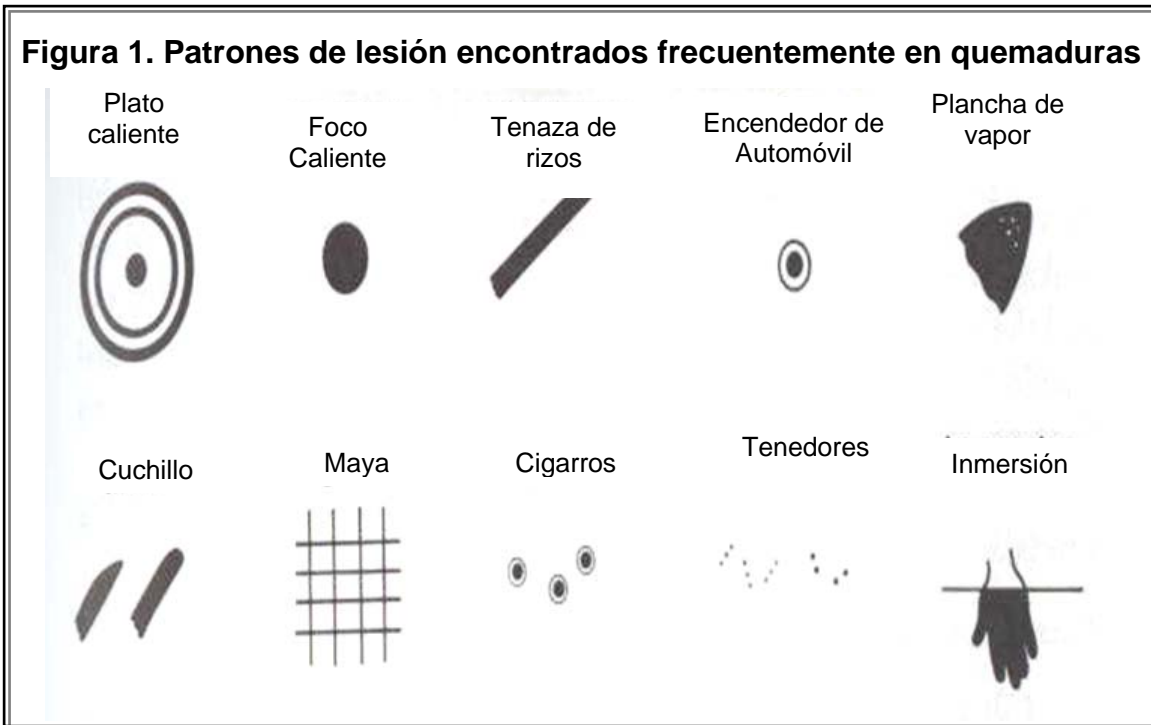
Lesiones de la piel:

Las manifestaciones clínicas más frecuentes son las **equimosis** y pueden encontrarse en cualquier parte de la economía corporal. Las que son causadas con dolor, generalmente aparecen en regiones poco usuales o poco expuestas, como los genitales, la espalda, el dorso de las manos; en las que es mucho menos frecuente que sean debidas a un accidente. Particularmente las lesiones bilaterales, simétricas deben hacer sospechar de maltrato (5,6,15).

En 5-10% de los casos de MI, puede haber **quemaduras**, cuya forma o patrón, refleja el objeto (plancha, cigarrillo, líquidos calientes como inmersión, patrones de guante o calcetín). Para diferenciarlas de quemaduras accidentales, es necesario conocer el desarrollo psicomotriz del niño previo a la lesión, para conocer con certeza si el patrón de las lesiones concuerda con alguna actividad que pueda ser realizada por el menor (5,6,15).

Las siguientes figuras muestran el patrón de lesión que pueden mostrar los niños según el objeto utilizado:

Figuras 1 y 2. Patrones de lesión encontrados frecuentemente en quemaduras y equimosis.



Lesiones esqueléticas:

Las lesiones más comunes son las fracturas en todas sus variantes (transversas, en espiral, etc), o bien hematomas sub-periósticos (6,15).

Anderson reportó una serie de casos de niños con fracturas de fémur. De 24 menores de 2 años se comprobó maltrato en 19 casos y en dos tercios de estos niños la fractura fue el único hallazgo de maltrato (6,15).

En una revisión de casos en el Hospital Infantil de México “Federico Gómez”, realizado por el Dr. Cortés y Cols., en donde se estudiaron 104 casos de los cuales, predominó el trauma físico (64.4%) siendo el mecanismo más común los golpes (52.2%), localizándose las lesiones principalmente en cráneo (38.4%) y miembros inferiores (20.1%), Se detectaron 35 pacientes con fracturas recientes y 23 casos de fracturas antiguas, predominando las fracturas en húmero y fémur. Otros 15 pacientes fallecieron a causa de las lesiones craneoencefálicas principalmente.

Se debe tener especial atención en los niños con historia de múltiples hospitalizaciones por fracturas y realizar un estudio meticuloso para establecer el diagnóstico diferencial entre otras enfermedades óseas que simulan maltrato. Para tal fin se recomienda un escaneo óseo de todo el cuerpo con placas radiográficas de todos los huesos del cuerpo y estas deberán ser evaluadas por un radiólogo experimentado preferentemente (6,15).

Actualmente se utilizan otros métodos de estudio como el uso de radioisótopos, resonancia magnética nuclear; sin embargo, la radiología convencional sigue siendo el estudio de primera línea ya que aporta información sobre el tipo, localización y tiempo de evolución de la lesión y puede orientar para sospechar otras osteopatías (6,15).

Lesiones al sistema nervioso central:

Las **lesiones a la cabeza** son la causa más común de muerte por maltrato intencionado. En un hospital pediátrico, de todas las denuncias que se hacían por maltrato el 29% tenían lesiones en la cabeza. En el caso de los niños menores de 1 año, más del 95% de las lesiones intracraneales graves son resultado de un trauma craneal intencionado (4-6,15).

El **síndrome de niño sacudido**; afecta principalmente a menores de un año edad debido a debilidad de los músculos cervicales y el relativo gran tamaño de la cabeza. Causan un daño severo pero sin evidencia externa de lesión. Por lo general el factor desencadenante es el llanto persistente (lactante con cólicos por ejemplo), lo cual, hace que se colme la paciencia del cuidador hasta que al tomarlo por los brazos (pudiendo también ocasionar fracturas costales o del brazo por el exceso de fuerza aplicada), lo sacude fuertemente con movimientos de “zarandeo”, y provoca que el cerebro se impacte en la irregular superficie interna del cráneo, causando zonas de contusión/hemorragia y las complicaciones fatales ya conocidas (coma, convulsiones, hipertensión intracraneal, muerte, etc) (4-6,15).

A veces, suele ser difícil de reconocer debido a que los padres montan un escenario ficticio para cubrir el hecho; sin embargo, ante un niño particularmente menor de un año, que presente alteraciones neurológicas súbitas con convulsiones, coma, datos tomográficos de hematomas, hemorragias intracraneales, o bien un examen de fondo de ojo que revele hemorragia retiniana (hasta en 85% de los casos de zarandeo), una punción lumbar sanguinolenta (en especial cuando hay xantocromía); se está en la obligación de sospechar la posibilidad de MI (4-6,15).

Los **golpes directos** se pueden infligir golpeando directamente con un objeto o la mano; o bien estrellándolo contra la pared o el suelo. La lesión resultante depende

de la cantidad de fuerza aplicada, la dureza de la superficie de contacto y la edad del niño. La forma clínica de presentación puede ser desde un hematoma subgaleal, alteraciones del sensorio o contusión hemorragias intracraneales (4-6,15).

Lesiones gastrointestinales:

Son la segunda causa de muerte en niños maltratados, pudiendo causar lesiones en cavidad oral o vísceras intraabdominales, debido a golpes directos por cualquier agente (puñetazos, fierros, palos, etc), con una gama de manifestaciones que van desde fracturas dentarias, otras lesiones de la boca, dolor abdominal, vómitos, o cuadros floridos de abdomen agudo que representan verdaderas urgencias quirúrgicas (6,15).

Lesiones cardiopulmonares:

Puede presentarse contusión miocárdica, pulmonar, neumo o hemotórax, taponamiento cardíaco, etc. (15).

Lesiones genito-urinarias:

Se presentan en forma de hematuria, disuria, urgencia urinaria, enuresis o manifestaciones de infecciones de transmisión sexual. Las manifestaciones pueden ser causadas por traumatismo directo o como parte del abuso sexual (15).

Órganos de los sentidos:

Lesiones oculares (abrasiones corneales, hemorragias subconjuntivales, hiperemia, desprendimiento de retina, etc); fracturas o heridas en la nariz; lesiones a los oídos (hemotímpano, laceraciones del pabellón, etc) (15).

El abordaje diagnóstico en todo niño que se sospeche MI, debe ser completo y evaluado tantas veces sea necesario por el especialista más experimentado, tratando de establecer un diagnóstico diferencial dadas las implicaciones legales que conlleva la entidad del maltrato. Se está obligado a estudiar pruebas de coagulación, serie ósea que permita descartar enfermedades como la osteogénesis imperfecta, que puede cursar con fracturas aparentemente “inexplicables” incluyendo las de huesos largos, cráneo, pelvis, pies, columna, tórax. Se deben repetir a los 7-10 días con el objeto de identificar lesiones óseas en proceso de consolidación (5,6,15).

Otras formas raras y graves de MI, incluyen quemaduras por microondas, por secadoras para el pelo, intoxicaciones por sal común, aspiración de pimienta, lesiones por armas eléctricas paralizantes, abandono de niños, cuerpos extraños, casi-ahogamiento, etc. (5,15).

MALTRATO PSICOLÓGICO (MP)

Se da cuando los adultos de los que depende el niño son incapaces de mantener un vínculo afectivo adecuado con el menor, que proporcione bienestar, estimulación y/o apoyo necesario para su óptimo desenvolvimiento. Este tipo de maltrato es el más difícil de definir y detectar ya que es muy complicado precisar la intencional del evento, a diferencia de otros tipos de maltrato.

Por otro lado, es imprescindible discriminar las situaciones cotidianas que se producen en todo el desarrollo normal, como lo indica Freud, en que los padres deben imponer normas y límites por el propio bienestar del niño; aún en contra de su voluntad, lo cual podría llegar a ser una situación maltratante.

El MP se presenta en familias con cualquier estrato económico, pero en las que tienen un nivel más alto, cuentan con más recursos para pasar desapercibidas. Se ha intentado de forma inútil encontrar un solo perfil psicopatológico de los padres,

pero si se han encontrado ciertas similitudes que se pueden tomar como factores de riesgo:

- Embarazos no deseados o madres adolescentes sin apoyo familiar.
- Inexperiencia en el cuidado de los niños.
- Antecedentes de violencia intrafamiliar o de maltrato hacia los padres en la niñez.
- Divorcios, muertes o accidentes graves.
- Aislamiento social.
- Problemas económicos y/o profesionales.
- Toxicomanías/Psicopatología.

El maltrato psicológico, puede clasificarse como:

Pasivo:

Abandono emocional, que es ausencia de respuestas de los padres a las señales de interacción afectiva del niño; es común en los menores institucionalizados y les provoca trastornos emocionales graves.

Negligencia en el cuidado psico-afectivo: ausencia parcial o respuestas incongruentes por parte de los adultos a las señales de interacción afectiva del niño, lo cual provoca un descuido de las necesidades de apoyo, protección, estimulación adecuadas para un desarrollo psicoafectivo óptimo. Es más común que el anterior.

Activos:

Maltrato psicológico: situaciones de interacción donde predomina la violencia del adulto sobre el niño, sea en forma verbal, actitudes, castigos, amenazas, críticas, culpabilización, aislamiento, etc. Es una forma bastante frecuente.

Las repercusiones en el niño serán muy variadas: falta de crecimiento, somatización repetida, accidentes frecuentes, retraso en el desarrollo evolutivo de grado variable (psicomotricidad, lenguaje, inteligencia, etc), labilidad afectiva,

trastornos de control de esfínteres, psicopatías y conductas delictivas, depresión e intentos de suicidio, psicosis, etc.).

MALTRATO POR OMISION, NEGLIGENCIA Y ABANDONO

Es una forma muy insidiosa de causar daños graves, y se pueden distinguir tres grandes grupos de maltrato: abandono físico, la negligencia y el abandono afectivo.

1. *Abandono físico:*

Es el acto de abandonar a un menor con personas o en lugares desconocidos. Hay varios ejemplos del mismo, como el dejar recién nacidos, vivos o muertos en puertas de iglesias, casas a éstos niños se les denomina niños expósitos, las formas más graves que se han presentado últimamente: dejarlos en botes de basura.

Se considera que el principal factor de riesgo, es el haber sido concebido por un embarazo no deseado, de ahí que predomine en el grupo etario de los recién nacidos-lactantes. Actualmente existen en todo el mundo, campañas para adopción que tienden a evitar esta forma de maltrato.

2. *Negligencia:*

Es otra forma de maltrato común que generalmente precede al maltrato físico. Al analizar esta forma de maltrato se debe tener en cuenta el grado de autonomía del menor, edad del niño, tiempo de desatención y como requisitos indispensables: que los niños evidencien la necesidad de un adulto para su protección; y que las situaciones económicas y físicas del padre fueran suficientes para proporcionar el cuidado, protección y supervisión necesarios.

Para que se dé la negligencia, es necesario que se dejen descubiertas necesidades básicas (alimentos, vestido, higiene, protección y vigilancia en las situaciones potencialmente peligrosas, educación y/o cuidados médicos), ya sea de forma temporal o permanente, por ningún miembro de la familia o grupo que convive con el niño (ver tabla 4). Debe cumplir además con los siguientes criterios: CRONICIDAD: se debe de contar con algún indicador físico de forma reiterada y continua para señalar un caso como negligente.

OMISION: con la subsiguiente falta de satisfacción de las necesidades básicas del niño, por ejemplo: no buscar atención médica en circunstancias vitales graves debido a determinadas creencias religiosas o de otra índole.

Tabla 4. Indicadores de negligencia (15).

1. Niño habitualmente sucio, con dermatitis del pañal rebeldes al manejo, lesiones impetiginizadas de repetición.
2. Ropa rota, sucia, descuidada o inapropiada frente a las condiciones climáticas.
3. Falta de aporte calórico suficiente, deficiencia de nutrientes específicos, lo que condiciona malnutrición o síndromes carenciales específicos.
4. Ausencia o incumplimiento del esquema de vacunación para su edad, falta de seguimiento a las consultas o tratamientos médicos.
5. Retraso en el crecimiento de causa no orgánica.
6. Inasistencia repetida, injustificada a la escuela, o bien el no estar inscrito en ella. También la falta de supervisión de las tareas escolares con repercusión en el rendimiento escolar.
7. Accidentes o lesiones repetidas que sean sugestivas de que el niño pasa mucho tiempo sin ser supervisado; o bien porque los niños cuidan a hermanos aún más pequeños.
8. Ocio inadecuado para la edad, largos tiempos televisivos que suplen el tiempo de convivencia familiar efectiva.

3. **La Carencia Afectiva:** que a su vez, se subdivide en:

Carencia por Insuficiencia: se refiere a cuando uno de los padres o quienes fungen como tales, tienen que permanecer en el hospital o bien en prisión. Mientras tanto, otro mayor en ocasiones completamente ajeno al niño, es quien se hace cargo.

Carencia por separación: cuando la figura materna está ausente completamente.

MALTRATO SEXUAL

Se define como la práctica de actividades sexuales (contacto sexual, oral, manual, genital, etc) con niños dependientes, inmaduros de su desarrollo; que no las comprenden por completo y que no pueden dar consentimiento. O bien pueden ser actividades que violan leyes y tabúes de una sociedad particular (5,16).

Para el estudio de su dinámica, puede dividirse en intrafamiliar o extrafamiliar. El abuso INTRAFAMILIAR incluye el abuso por parte de una persona de la familia, no necesariamente consanguíneo directo (padre, madre o hermanos), pero familiarmente relacionados. La variante EXTRAFAMILIAR, se refiere a cuando el perpetrador no está familiarmente relacionado (5,11,16).

La dinámica en el abuso Intrafamiliar busca explicarse con al menos dos campos teóricos:

1. El abuso resulta de una **incapacidad del control individual de los impulsos sexuales** o bien, para establecer relaciones apropiadas para la edad. Este perpetrador es conocido también como Pedófilo.

2. Puede ser más bien una responsabilidad familiar. En este modelo, hay una ***relación anómala entre los adultos que ejercen el papel de padres***, cruzando líneas intergeneracionales para obtener gratificación sexual.

En el caso del abuso extrafamiliar, es menos comprendido. En la mayoría de los casos de abuso, el hecho se da con una connotación de violencia, desencadenados por ira desmedida, y el niño puede ser escogido por ser una presa fácil, en quien desahogar todos esos sentimientos negativos (5,11,16).

El abuso sexual ocurre cuando un adulto o persona de autoridad emplea a un menor de edad con el objeto de obtener gratificación sexual. También puede ocurrir entre dos menores.

En México, casi la mitad de las víctimas de violación son adolescentes del sexo femenino (8).

SINDROME DE MÜNCHAUSEN POR PODERES

En el ***Síndrome de Münchausen por poderes***, los padres/tutores provocan o inventan síntomas en los niños que induzcan a someterlos a exploraciones, tratamientos o ingresos hospitalarios innecesarios, con varios fines, como el simple hecho de obtener cobijo, sustento, alimentos, medicamentos, etc. (2,6).

Asher, en 1951 describió tres casos en adultos (Síndrome de Münchausen). En 1977, Burman y cols., describieron el caso de una madre que simuló Diabetes en su hija de 2 años; y un cuadro neurológico en su hijo de 5 años debido a una intoxicación con Prometacina (2). En la tabla 5 se enlistan algunas características del padecimiento:

Tala 5. Características del Síndrome de Münchausen por poderes.

1. Cuadros clínicos difíciles de explicar, producidos o simulados por la madre.
2. El niño es sometido a un extenso abordaje diagnóstico.
3. El maltratador niega conocer la causa de la enfermedad del niño, y generalmente tiene una buena relación con el grupo de profesionales de la salud y ordinariamente se encuentra más tranquilo que ellos.
4. La clínica desaparece cuando se le separa de la madre.

El trastorno puede simular una verdadera urgencia orgánica:

- **Forma abdominal aguda o *laparotomophilia migrans*:** Múltiples cicatrices quirúrgicas en el abdomen, que hacen sospechar cuadros de obstrucción intestinal.
- **Forma Hemorrágica:** hemoptisis o hematemesis ficticias.
- **Forma neurológica:** cefaleas paroxísticas, pérdida del conocimiento, crisis convulsivas, etc.

Por lo anterior, las manifestaciones clínicas pueden ser variadas e inexplicables, y por lo general, evoca, aún en Pediatras con mucha experiencia, frases como: “*nunca había visto algo así*”.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El maltrato infantil (MI), se define según la Organización Mundial de la Salud como: **“todo acto u omisión intencionada o no, de un adulto, sociedad o país que afecta a un niño en su salud, crecimiento físico o desarrollo emocional”** (7). Actualmente, es un problema que, desde sus primeras manifestaciones, cada vez es más frecuente. Al escuchar MI, evocamos casi automáticamente al maltrato físico, sin embargo, existen otras formas, como: negligencia en los cuidados y atención a la salud, abuso sexual, maltrato fetal, síndrome de Münchausen por poderes, psicológico, y otros que por su complejidad quedan fuera de este trabajo (niños de frontera, de la calle, rituales satánicos, etc.). En cualquiera de sus formas, resultan lesiones potencialmente mortales o que dejan secuelas físicas y/o psicológicas muy difíciles de manejar, aún en los mejores ámbitos familiares o institucionales (1,17).

Según la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, la mayor parte de las veces, en nuestro país, el MI va acompañado de violencia intrafamiliar (es decir, agresiones dirigidas a otros miembros de la familia y no solo a los niños), lo que hace más frecuente que lleguen a las salas de urgencia o de consulta pediátrica menores con lesiones antiguas, que no fueron denunciados por miedo o desconocimiento (10,11).

Lo anterior, se demuestra porque la mayor parte de los casos reportados, son los cuidadores o personas que directamente conviven con el menor quienes infligen las lesiones; teniendo más probabilidades de volver a ser maltratados mientras no se frene el ciclo de agresión dentro del mismo núcleo familiar. Además de que un niño que fue maltratado, potencialmente se puede convertir en un maltratador (7).

El problema del MI, es un problema multicausal, que en general, requiere de la interacción de un medio ambiente predisponente (marginación, presión económica, etc.), características del agresor (abuso de alcohol o drogas, madres

solteras, corta edad de los padres, etc.) y del agredido (enfermedades crónicas o que requieran de cuidados complejos, muchas veces son producto de un embarazo no deseado, antecedentes de maltrato en la familia, convivencia con padrastro o madrastra, etc.); pero también se requiere un factor detonante, que pueden ser una amplia gama de situaciones a las que se enfrentan todas las familias (6,7).

A nivel global, la frecuencia de MI es alta, ya que aproximadamente 18% de todos los niños están sujetos a alguna forma de maltrato; y tan solo en los Estados Unidos de Norteamérica (EUA), mueren 4,000 menores por año a consecuencia de lesiones causada por un adulto (2,7).

En los EUA, en 1986 y en 1996 se realizaron dos estudios respectivamente, el primero, el *National Incidente Study 2* (NIS-2), reflejó una tasa de maltrato de 14,6 casos por mil. El segundo, por el *National Committee to Prevent Child Abuse*, no varió mucho, mostrando cifras de 14 casos por mil (12). Por otra parte, en Europa, la *National Society for the Prevention of Cruelty of Children*, reporta hasta 12,5 por mil, siendo en general el grupo más afectado el de los menores de dos años (menores de 1 año para algunos autores); para la variedad de maltrato físico y negligencia, observando otro pico máximo de incidencia en la edad de la adolescencia, afectando primordialmente a las niñas en su variedad de abuso sexual (5,7,12).

En México, tan solo en el año de 1993, la Procuraduría General de Justicia del Distrito Federal, informó que el abuso sexual ocupaba el segundo lugar de los delitos notificados, con una incidencia del 24.1%, de los cuáles, el 23.9% (casi el total de los casos), correspondían a agresiones perpetradas a menores de 13 años (1). Según el Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI) en el año 2004; de todos los casos denunciados, tan solo en el 17.1% se pudo comprobar la presencia de alguna forma de maltrato, siendo en su mayoría, casos reportados de maltrato físico (31%) siguiéndole por orden de frecuencia la

negligencia/omisión en los cuidados a la salud (23.2%). En el Estado de Jalisco, solo se reporta un 4.9% de casos comprobados en el mismo año, considerando que la gran mayoría no han sido detectados o denunciados (2,8).

En el Hospital Infantil de México Federico Gómez en el área de urgencias, el MI se encuentra dentro de los primeros 10 diagnósticos de ingreso, desconociendo las características que tiene, por lo que nos planteamos la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuales son las características clínicas y sociodemográficas de los pacientes con diagnóstico de maltrato infantil en el Hospital Infantil de México Federico Gómez?

JUSTIFICACION

Desafortunadamente, cada vez nos enfrentamos con más frecuencia ante el creciente fenómeno de MI. Las secuelas físicas y emocionales que puede acarrear en el niño, para su futura incorporación a la sociedad productiva, incluyendo la posibilidad de que se convierta en un maltratador, son preocupantes.

Algunos investigadores han concluido que en México un niño menor de 5 años era asesinado cada dos días para el año de 1979, mientras que para 1990 la frecuencia se elevó hasta uno diario (18). En el caso de los sobrevivientes las repercusiones físicas con lesiones discapacitantes o que los dejan física o emocionalmente marcados para toda la vida son altas y aún más preocupante es la posibilidad de que ese niño de adulto se convierta en un maltratador.

Lo anterior es motivo de inquietud debido a que el MI en todas sus variantes es una de las primeras diez causas de consulta en el servicio de urgencias de nuestra unidad hospitalaria; y uno de los diagnósticos más frecuentes que se establecen de forma indirecta. Es decir, una vez hospitalizado por alguna otra condición nosológica se detecta. Sin embargo se desconocen las características del mismo en nuestros pacientes, lo que ha motivado la investigación en este campo considerando que será de gran utilidad para que a partir de esta descripción, se realicen más estudios que en primer lugar permitan concientizar al personal de salud para su pronta identificación y se puedan así evitar las repercusiones antes mencionadas.

El MI es una entidad cada vez más frecuente, con implicaciones médico-legales importantes y que requiere una pronta identificación por parte del personal médico, así como una intervención por un equipo multidisciplinario que trate sobre todo de asegurar el bienestar del niño maltratado. Sin embargo, el principal obstáculo para la identificación de los menores víctimas de maltrato, es el desconocimiento por

parte del personal de salud del problema, así como su trascendencia para la vida y futura función dentro de la sociedad de estos niños.

Es importante conocer la magnitud del problema en una Institución de tercer nivel como ésta que permita una pronta intervención por parte de las autoridades para la difusión de estrategias inicialmente locales tendientes a crear consciencia en todo profesional que se relacione con la salud de los niños, sobre la importancia y necesidad de su pronta identificación, y atención integral que resuelva la problemática del menor desde un panorama global y sobre todo, y en la medida de lo posible prevenir que se repitan estas situaciones.

OBJETIVO GENERAL

Describir las características clínicas y sociodemográficas de los pacientes con diagnóstico de maltrato infantil en el Hospital Infantil de México Federico Gómez.

OBJETIVOS PARTICULARES

1. Describir e Identificar las diferentes formas de MI que se presentan en la población de la Clínica de Prevención del Maltrato Infantil del Hospital Infantil de México Federico Gómez.
2. Describir las condiciones socioeconómicas involucradas en el maltrato infantil.

MATERIAL Y METODOS

DISEÑO DEL ESTUDIO:

Se realizó un estudio observacional, descriptivo, retrospectivo y transversal.

POBLACIÓN:

Pacientes pediátricos, hombres y mujeres que fueron atendidos en la Clínica de Prevención del Maltrato Infantil del Hospital Infantil de México Federico Gómez por maltrato confirmado, en los últimos tres años.

MUESTRA:

La muestra se obtuvo mediante un muestreo no probabilístico de casos consecutivos.

CRITERIOS DE SELECCIÓN:

a. Inclusión:

Todos los pacientes que presentaron maltrato infantil confirmado en la Clínica de Prevención Maltrato Infantil.

Pacientes sanos o con cualquier diagnóstico médico de base.

b. Exclusión:

Pacientes que no cuenten con expediente clínico completo para los fines de este estudio.

VARIABLES:

Para su descripción las variables se dividieron en tres grupos. Para conocer la escala de medición y las categorías de cada variable, ver la tabla 6:

RELACIONADAS AL MENOR MALTRATADO:

- Sexo: Se registró el sexo de los pacientes.

- Edad: Tiempo que ha vivido una persona.

- Motivo de consulta: Causa por la que acude a recibir atención médica al área de urgencias.
- Agresión: Comportamiento socialmente definido como afrentoso o destructivo.
- Embarazo deseado: Producto de una intención expresa de tener un bebé a cualquier edad y en cualquier circunstancia.
- Embarazo aceptado: Producto del acuerdo de los progenitores con la gestación.
- Número de hermanos: Total de personas producto de los mismos padres.
- Lugar que ocupa en la familia: Número de hijo en el núcleo familiar.
- Estado civil de los padres: Condición civil del padre y de la madre.
- Ocupación de la madre o responsable: Actividad realizada fuera del núcleo familiar.
- Tipo de familia: Nuclear (Padre, Madre, Hijos). Compuesta (Padre, Madre, Hijos, Abuelos, Tíos, Primos).
- Estado funcional de la familia: Funcional (todos hacen su papel dentro de la familia). Disfuncional (Con muchos problemas, no hay jerarquía).
- Violencia intrafamiliar: cualquier tipo de abuso de poder por parte de un miembro de la familia o extraño sobre otro.

RELACIONADAS AL AGRESOR:

- Tipo de agresor: Confirmado o sospechoso.
- Parentesco con el menor: vínculo familiar asociado con el agredido.
- Sexo: se registró el sexo del agresor.
- Edad: tiempo que ha vivido una persona.
- Escolaridad: máximo nivel de estudios alcanzado.
- Ocupación: Actividad a la que se dedica el agresor.
- Antecedentes de maltrato en la infancia: Historia del agresor de golpes, abuso sexual u/o negligencia, etc.
- Uso de sustancias: Psicoestimulante capaz de generar cualquier tipo de comportamiento en el agresor.
- Tipo de sustancias: Alcohol, Drogas o Psicoestimulantes.
- Tiempo de consumo de sustancias: Nunca ha consumido, Menos de 1 año, Mas de 1 año, primera vez que consumía.

RELACIONADAS AL MALTRATO:

- Servicio interconsultante: Urgencias, Consulta externa, Hospitalización, Referido de otro hospital o médico, Acudió de forma espontánea.
- Diagnóstico: Sospechado o confirmado.

- Persona que sospecha: Médico, Enfermera, Trabajo Social, Psicología, Familiares del agredido.
- Tipo de maltrato: Maltrato físico, Maltrato Psicológico, Abuso sexual, Maltrato fetal, Negligencia u omisión de los cuidados de la salud.
- Lugar del maltrato: sitio donde se realizó la acción. Casa, escuela, vía pública, recreación y deporte, In útero y otros.
- Condición médica de riesgo para el maltrato: Comorbilidad del agredido.
- Agente de lesión: fuego, flama, líquidos calientes, sólidos o gases tóxicos, objetos punzocortantes, objetos contundentes, golpes contra piso o pared, pie o mano, arma de fuego, amenaza y violencia verbal, múltiple.
- Parte del cuerpo afectada: cabeza, cuello, cara, brazos y manos, columna vertebral, abdomen y/o pelvis, espalda y/o glúteos, piernas y/o pies, área genital, múltiple.
- Gravedad de la lesión: Leve no pone en peligro la vida y tarda menos de quince días en sanar. Grave, si pone en peligro la vida y tarda más de quince días en sanar.
- Notificación al Ministerio Público. Denuncia de los hechos a autoridades correspondientes.
- Destino del maltratado. Alta por mejoría con la familia para seguimiento por el Comité de Maltrato, Sistema de Desarrollo Integral de la Familia (DIF), Jurídico, SALME (Instituto de Salud Mental), Defunción, Alta por mejoría a un albergue o Institución para su custodia.

Tabla 6. Escalas de medición y categorías de las variables del estudio.

Relacionadas al menor maltratado:

Variable	Escala de medición	Categorías.
Sexo.	Cualitativa nominal.	Hombre, mujer.
Edad.	Cuantitativa discreta.	Años, meses.
Motivo de consulta.	Cualitativa nominal.	Si, no.
Agresión.	Cualitativa nominal.	Si, no.
Embarazo deseado.	Cualitativa nominal.	Si, no.
Embarazo aceptado.	Cualitativa nominal.	Si, no.
Número de hermanos.	Cuantitativa discreta.	Número de hermanos.
Lugar dentro de la familia.	Cualitativa ordinal.	Orden de nacimiento.
Estado civil de padres.	Cualitativa nominal.	Solteros, casados, unión libre, divorciados, separados, viudos.
Ocupación de la madre.	Cualitativa nominal.	Si, no, se ignora.
Tipo de familia.	Cualitativa nominal.	Nuclear, compuesta.
Estado funcional familia.	Cualitativa nominal.	Funcional, disfuncional.
Violencia intrafamiliar.	Cualitativa nominal.	Si, no

Relacionadas al agresor:

Variable	Escala de medición	Categorías.
Tipo de agresor.	Cualitativa nominal.	Sospechoso, confirmado.
Parentesco con el menor.	Cualitativa nominal.	Padre, madre, madrastra, padrastro, hermanos, familiares de segunda línea, desconocido, cuidador temporal, se ignora.
Sexo.	Cualitativa nominal.	Hombre, mujer.
Edad.	Cuantitativa discreta.	Años, meses.
Escolaridad.	Cualitativa ordinal.	analfabeta, primaria, secundaria, bachillerato, licenciatura, posgrado.
Ocupación.	Cualitativa nominal.	Empleado, desempleado, obrero, empresario, otras.
Antecedentes de maltrato	Cualitativa nominal.	Si, no.
Abuso de sustancias.	Cualitativa nominal.	Si, no.
Tipo de sustancias.	Cualitativa nominal.	Ninguna, alcohol, drogas.
Tiempo de uso.	Cualitativa ordinal.	Menos de un año, más de un año.

Relacionadas al maltrato:

Variable	Escala de medición	Categorías.
Servicio interconsultante.	Cualitativa nominal.	Urgencias, consulta externa, hospitalización, referido de otro hospital o médico, asistencia espontánea
Diagnóstico.	Cualitativa nominal.	Sospechado, confirmado.
Persona que sospecha.	Cualitativa nominal.	Médico, enfermera, trabajo social, psicología, familiares, otros.
Tipo de maltrato.	Cualitativa nominal.	Físico, psicológico, abuso sexual, fetal, negligencia / omisión, niño zarandeado, síndrome de Münchausen por poder, otro.
Lugar de maltrato.	Cualitativa nominal.	Casa, escuela, vía pública, recreación y deporte, in útero, otro.
Condición médica riesgo.	Cualitativa nominal.	Ninguna, prematurez, bajo peso al nacer, parálisis cerebral infantil, otras enfermedades neuroconductuales, discapacidad física, otra.
Agente de lesión.	Cualitativa nominal.	Calor, agentes tóxicos, objetos punzo cortantes, objetos contundentes, golpes, arma de fuego,

		amenaza y violencia verbal, múltiple, otro, se ignora.
Parte del cuerpo afectada	Cualitativa nominal.	Cabeza o cuello, cara, brazos y/o manos, columna vertebral, abdomen y/o pelvis, espalda y/o glúteos, piernas y/o pies, área genital, múltiple.
Gravedad de la lesión.	Cualitativa ordinal.	No tiene, leve, grave.
Notificación a MP.	Cualitativa nominal.	Si, no.
Destino del maltratado.	Cualitativa nominal.	Familia, DIF, jurídico, SALME, defunción, albergue o Institución, otros.

DESCRIPCION GENERAL DEL ESTUDIO:

Se revisaron los expedientes de los pacientes que cumplieron con los criterios de selección y se registraron los datos pertinentes en las hojas de recolección de datos diseñadas para este estudio (Anexo 1).

ANALISIS ESTADÍSTICO:

Con el paquete estadístico para las ciencias sociales (SPSS, versión 16.0) se determinó la distribución de las variables y se realizó una estadística descriptiva por medio de frecuencias, medidas de tendencia central (medianas y medias) y medidas de dispersión (proporciones y desviación estándar).

CONSIDERACIONES ETICAS:

Al ser este un estudio retrospectivo con base a la revisión de expedientes clínicos, se considera sin riesgo, motivo por el cual no fue necesario el consentimiento informado de los pacientes ni sus padres.

RESULTADOS:

Se encontraron en el archivo del Hospital Infantil de México Federico Gómez 105 casos de maltrato infantil de los cuales 35 cumplieron con los criterios de selección y son de los que se exponen los siguientes resultados. 21 son del sexo femenino (60%) y 14 del sexo masculino (40%).

El 97.1% el motivo de consulta fue por maltrato infantil.

De los antecedentes del agredido contaban con ser productos de embarazo deseado 74.3% y no lo fueron el 25.7%. El 11.4% fueron embarazos no aceptados y el 88.6% fueron aceptados.

El número que ocupa en la familia el agredido 7 son primogénitos, 13 tienen 1 hermano, 12 tienen 2 y 3 hermanos, 2 tienen 4 hermanos y 1 tiene 6 hermanos.

De acuerdo al lugar que ocupan en la familia, 17 niños ocupan el 2º lugar, 9 ocupan el primer lugar, 6 ocupan el 3er lugar, 2 el 4º lugar y 1 el 7º lugar.

Con respecto al estado civil de los padres 16 parejas son casados, 12 se encuentran en unión libre, 7 se encuentran separados.

De las madres 8 se ignora la ocupación, 24 trabajan y 3 se reportan desempleadas.

Con respecto al tipo de familia a la que pertenecen 26 son familias nucleares, 8 son familias compuestas. 11 son familias funcionales y 24 son familias disfuncionales. En el 50% de los casos existe violencia intrafamiliar.

Con respecto al parentesco del agresor con el niño 17.2% son las madres y otro 17.2% los padres. El 11.4% son padrastros, 25.7% familiares de 2ª línea, 2.9% hermanos, 22.9% sin parentesco con el niño y el 2.9% cuidador temporal.

De acuerdo al sexo 28 agresores son del sexo masculino y 7 del sexo femenino. La escolaridad de los mismos el 11.4% son analfabetas, 28.6% tienen primaria, 22.9% secundaria, el mismo porcentaje se ignora la escolaridad y 14.3% tienen bachillerato. 37.1% son empleados 42.9% son desempleados, 17.1% se ignora la ocupación y el 2.9% es empresario.

El 77.1% se registraron con antecedente de haber sido maltratados, y el 22.9% sin antecedentes.

82.9% sin antecedente de abuso de sustancias y el 17.1% se encontraba bajo efecto de alguna sustancia psicoestimulante. 88.6% sin ninguna sustancia y 17.1% bajo el efecto del alcohol. De éstos el 71.4% nunca ha consumido alguna sustancia psicoestimulante y el 28.6% con más de 1 año de consumirlas.

La sospecha de maltrato infantil la tuvieron los familiares en un 82.9%, entre médicos, trabajo social y psicología 8.6% y se desconoce quién los identificó 8.6%.

El 60% corresponde a abuso sexual, 37.1% corresponde a maltrato físico y 2.9% a maltrato fetal.

El lugar donde sucedió fue en el hogar en el 85.7% de los casos, en vía pública 8.6%, sucedió en la escuela 5.7%.

No tienen condición médica de riesgo 74%, otras enfermedades neuroconductuales (Trastornos del Déficit de Atención, Retraso Mental, Autismo,

Hidrocefalia, Otras malformaciones del SNC) 11.4%. prematurez 5.7% y alguna discapacidad física 5.7%.

Los pacientes recibieron lesiones múltiples en 77.2% de los casos, 14.3% fueron lesionados con arma de fuego, y 8.6% con golpes. La parte del cuerpo afectada fue genitales 40%, múltiple 51.4%, cabeza o cuello, cara, brazos y manos 8.7%. Teniendo como gravedad de lesión leve 65.7%, grave 17.1%, no grave 17.1%.

Con notificación al Ministerio Público 54.3% y sin notificación 45.7%.

Con destino del maltratado 32 de los pacientes se enviaron a su domicilio, uno se canalizó al jurídico y dos se enviaron al albergue de la Policía General de Justicia.

DISCUSION:

Se encontraron en el archivo del Hospital Infantil de México Federico Gómez 105 casos de maltrato infantil de los cuales 35 cumplieron con los criterios de selección y son de los que se exponen los siguientes resultados. 21 son del sexo femenino (60%) y 14 del sexo masculino (40%). Comparando con una revisión previa que se hizo en esta Institución en el departamento de ortopedia, se encontró una frecuencia similar de casos con el diagnóstico de maltrato infantil, aunque esa revisión fue de 11 años y la nuestra de 3 años (19).

En este estudio predominaron las pacientes del sexo femenino (60%), lo que concuerda con los reportes que hay en la literatura en cuanto al abuso sexual (20), sin embargo en otros estudios donde predomina el maltrato físico la mayor frecuencia se da en los pacientes del sexo masculino (19).

Continúa habiendo controversia en cuanto lo que se reporta en la literatura y el lugar que ocupa el niño dentro de la familia. Cortés y cols. (19) consideran que ser el primogénito es un factor de riesgo para ser víctima de maltrato ya que se ha reportado que los primogénitos son más vulnerables a la poca experiencia parental para la atención de sus necesidades físicas y emocionales; Loredó Abdalá y cols. (20) reportan que el maltrato sucede con mayor frecuencia con los pequeños de la familia. (21, 22).

En este estudio se encontró que la mayoría de las madres trabajan lo que puede representar otro factor de riesgo para que el niño sea maltratado por alguien ajeno a la familia o por ellas mismas como consecuencia del estrés que viven. Así como también se encontró que la mayor parte de las familias son disfuncionales y en la mayor parte de ellas llega a haber incluso violencia intrafamiliar, esto ha sido también reportado en otros estudios (19, 20).

En esta serie la frecuencia del género del agresor (masculino) coincidió con lo reportado en la literatura (19, 20).

Con relación al consumo de sustancias por el agresor antes de cometer el maltrato encontramos que la mayor parte (83%) de ellos no estaban bajo el efecto de algún psicoestimulante; fenómeno que no coincide con lo reportado en otros estudios (20).

En este estudio se encontró que la persona que primero detecta el maltrato son los familiares que conviven diariamente con la víctima, hecho que es relevante porque al ser la familia el núcleo de la sociedad es de esperarse que sea quien proteja al menor. Lo encontrado aquí coincide con lo descrito previamente por otros autores (2).

En esta muestra el 97% tuvo como motivo de consulta a esta Institución el maltrato infantil y fueron canalizados directamente a la Clínica de Prevención de Maltrato Infantil que fue constituida en 2004, debido a que en la actualidad hay un alarmante aumento de maltrato infantil siendo el abuso sexual uno de los principales tipos (20). Se constituyó también con la finalidad de llevar a cabo la oportuna detección, conformar grupos de trabajo interdisciplinario, capacitar a médicos pediatras y establecer más programas de prevención y mejores programas de tratamiento para ayudar a esta población vulnerable (19).

Se considera importante para un futuro poder ampliar esta muestra tomando en cuenta a los pacientes a quienes se está por confirmar el diagnóstico así como desarrollar proyectos que consideren la importancia de fomentar la cultura de la denuncia a las autoridades correspondientes.

BIBLIOGRAFÍA.

1. Santana-Tavira R, Sánchez-Ahedo R, Herrera-Basto E. El maltrato infantil: un problema mundial. *Salud Publica Mex* 1998; 40: 58-65.
2. Loredó-Abdalá A, Báez-Medina V, Perea-Martínez A, Trejo-Hernández J, Monroy-Villafuerte A, Venteño-Jaramillo A, Martín-Martín V. Historia del maltrato infantil en México: Revisión de la literatura pediátrica. *Bol Med Hosp Infant Méx*, Marzo 2001; (58): 205-212.
3. American Academy of Pediatrics. Diagnostic imaging of child abuse. *Pediatrics*, June 2000; 105(6): 1345-1348.
4. American Academy of Pediatrics. Shaken baby syndrome: Rotational cranial injuries-technical report. *Pediatrics*, July 2001; 108(1): 206-209.
5. Casado FJ, Díaz HJA, Martínez GC. Niños maltratados. Editorial Díaz de Santos. Madrid, España; 1997.
6. Behrman, Kliegman, Jenson. Nelson: Tratado de pediatría. 18ª Edición, Elsevier-Saunders. Madrid, España; 2007: 27-30, 120-132.
7. Martínez-Martínez Enrique, Reyes-Rodríguez Raymundo. Maltrato infantil, un problema inquietante. *Bol Med Hosp Infant Mex*; Agosto, 1993; 50; 8: 557-562.
8. Loredó-Abdalá A, Trejo-Hernández J, Bustos-Valenzuela V. Maltrato al menor. Consideraciones clínicas sobre maltrato físico, agresión sexual y deprivación emocional. *Gac Méd Méx* 1999; 135(6): 611-619.
9. Kumate J. Academia Mexicana de Pediatría: El ombudsman de los niños. *Bol Med Hosp Infant Mex*; Diciembre, 2001; 58: 889-901.
10. Loredó-Abdalá A, Díaz-Olavarrieta C, Valadez-Santiago R, Hajar-Medina M, Saucedo-García JM, Velázquez-Arellano A. Simposio: La violencia familiar ¿un problema que se hereda o se aprende? *Gac Méd Méx*, 2002; 138(2): 157-176.
11. Saucedo-García JM. Simposio: Violencia intrafamiliar y sexual. *Gac Med Mex*, 1999; 135(3): 259-290.
12. Lawrence SW *en* McMillan JA, DeAngelis CD, Feigin RD, Warshaw JB. *Oski's pediatrics; principles and practice*. Tercera edición. Lipincott-William & Wilkins. USA 1999: 507-524.

13. Loredó Abdalá A. Maltrato en niños y adolescentes. Editores de texto mexicanos, 2004:150-169.
14. NOM-007-SSA-1993. Norma Oficial Mexicana para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y del recién nacido.
15. Fleisher GR, Ludwig S, Henretig FM. Textbook of pediatric emergency medicine. 5th edition. Lippincott William & Wilkins. USA. 2006: 1761-1801.
16. Schavon-Ermani R, Jiménez-Villanueva CH. Importancia de la exploración anogenital en la evaluación del niño y adolescente con sospecha de abuso sexual. Revisión de la clasificación internacional. Acta Pediatr Mex. 2001; 22(6): 454-9.
17. Hoekelman AR, Adam MH, Nelson MN, Weitzman ML, Hoover WM. Atención primaria en pediatría. 4a Edición, Elsevier-Harcourt-Mosby; España 2002; I: 751-760, 775-778.
18. Hjar-Medina MC, Tapia Yáñez JR, Rascón-Pacheco RA. Mortalidad por homicidio en niños. México, 1979-1990. Salud Publica Mex, 1994; 36(5): 529-537.
19. Cortés Rodríguez R, López Sosa FH, Alvarez Ibarra I., Tercero Quintanilla G, El síndrome del niño maltratado. Revisión de 11 años en el Hospital Infantil de México "Federico Gómez", Revista Mexicana de Puericultura, Vol. 8 Num 46, Marzo-abril 2001. 114-120
20. Loredó AA, Reynés MJ, Carbajal RL, Vidales VC, Bolaños RR. El niño maltratado: Una realidad actual en México. Act. Pediatr Mex 1984; 5:28-37.
21. Loredó AA, Reynés MJ, Martínez CS, Carbajal RL, Vidales VC, Villaseñor ZJ. El maltrato al menor. Una realidad creciente en México. Bol Med Hosp Infant Mex 1986; 43 (7):425-33.

Anexo 1. Hoja de recolección de datos.

**Características clínicas y sociodemográficas de los pacientes con
(**diagnóstico de **) maltrato infantil en el Hospital Infantil de México
Federico Gómez.**

Fecha de la Entrevista:	Registro Hospitalario:
Nombre del Paciente:	
Edad:	Sexo:
Domicilio:	
Ciudad:	Teléfono:
Informante:	

1. **¿Cuál es el servicio interconsultante?**
 1. Urgencias.
 2. Consulta externa.
 3. Hospitalización.
 4. Referido de otro hospital o médico.
 5. Acudió de forma espontánea.

2. **¿El motivo de consulta fue el maltrato?**
 1. Si
 2. No, especifique: _____

3. **¿El maltratado tiene alguna condición médica de riesgo para maltrato?** ----
 1. Si
 2. No

4. **¿Cuál?, menciónela:**
 1. Ninguna
 2. Prematuréz
 3. Peso bajo al nacer
 4. Parálisis cerebral Infantil
 5. Otras enfermedades neuroconductuales (TDAH, retraso mental, autismo, hidrocefalia, otras malformaciones del SNC.)
 6. Discapacidad física
 7. Otras

5. **¿Fue producto de un embarazo deseado?**
 1. No
 2. Si

6. ¿Fue producto de un embarazo aceptado?
1. No
2. Si

7. ¿Cuántos hermanos tiene el maltratado?

8. ¿Cuál es el lugar que ocupa en la familia el maltratado?

9. Es la primera ocasión que agraden al menor:
1. Si.
2. No.

10. Estado civil de los padres:
1. Soltero
2. Casado
3. Viudo
4. Divorciado
5. Unión libre
6. Separados

11. ¿En qué tipo de familia se desenvuelve el maltratado?
1. Nuclear (padre, madre, hijos)
2. Compuesta (padre, madre, hijos, abuelos, tíos, primos)

12. ¿Cuál es el estado funcional de la familia?
1. Funcional (todos hacen su papel/función dentro de la familia)
2. Disfuncional (con muchos problemas, no hay una jerarquía)

13. El diagnóstico de maltrato infantil es:
1. Sospechado
2. Confirmado

14. Quien sospechó el maltrato:
1. Médico
2. Enfermera
3. Trabajo Social
4. Psicología
5. Familiares del niño.
6. Otros (especifique): _____
7.

EN CUANTO AL AGRESOR

15. ¿El Agresor se considera como?
1. Confirmado
2. Sospechoso

16. ¿Cuál es el parentesco del agresor con el niño?

1. Padre
2. Madre
3. Madrastra
4. Padrastro
5. Hermanos
6. Familiares de segunda línea (abuelos, primos, tíos)
7. Desconocido (aplica para maltrato físico, abuso sexual)
8. Cuidador temporal (niñera, maestros, etc)
9. Se ignora.

17. ¿Cuál es la edad del maltratador?

18. ¿Cuál es el género del maltratador?

1. Masculino
2. Femenino

19. Grado máximo de estudios del maltratador:

1. Analfabeta
2. Primaria o primaria incompleta.
3. Secundaria o secundaria incompleta
4. Bachillerato o equivalente (solo bachillerato terminado)
5. Licenciatura (solo licenciatura terminada)
6. Posgrado (solo terminado): especialidad, maestría, doctorado, diplomado, etc.
7. Se ignora.

20. ¿Cuál es la ocupación del maltratador?

1. Empleado
2. Desempleado
3. Obrero
4. Empresario
5. Otra, especifique: _____

21. ¿Existen antecedentes de maltrato en la infancia del agresor? (Que lo golpearan, abuso sexual, negligencia, etc)

1. No
2. Si

22. ¿La Madre o la responsable del cuidado del maltratado trabaja?

1. Se ignora
2. Si
3. No

23. El agresor estaba bajo el efecto de alcohol o alguna droga ilícita al momento de perpetrar el maltrato?

1. Si
2. No

24. Que tipo de sustancias? -----
0. Ninguna
1. Alcohol
2. Drogas o psicoestimulantes, especifique: _____

25. Tiempo de consumirlas: -----
1. Nunca ha consumido.
2. Menos de 1 año
3. Más de 1 año
4. Primera vez que los consumía

EN RELACION AL MALTRATO

26. Tipo de maltrato inflingido: -----
1. Maltrato físico (especifique) _____ **Ver anexo 2**
2. Maltrato psicológico
3. Maltrato fetal (especifique) _____ **Ver anexo 3**
4. Negligencia / Omisión en los cuidados de la salud (especifique) _____
Ver anexo 4
5. Abuso sexual (especifique) _____ **Ver anexo 5**
6. Niño zarandeado
7. Síndrome de Münchhausen por poder
8. Otros (aplica también para un patrón mixto) (especifique) _____

27. ¿Se notificó al Ministerio Público sobre la lesión? -----
1. Si
2. No

28. Lugar donde ocurrió el maltrato: -----
1. Casa
2. Escuela
3. Vía pública
4. Recreación y deporte
5. In útero (para la variedad de maltrato fetal)
6. Otros (especifique): _____

29. Cuál fue el destino del maltratado: -----
1. Alta por mejoría con la familia para seguimiento x el Comité de Maltrato
2. Sistema Desarrollo Integral de la Familia (DIF)
3. Jurídico.
4. SALME (Instituto de Salud Mental)
5. Defunción
6. Alta por mejoría a un albergue o Institución para su custodia.
7. Otros (especifique): _____

30. ¿Cuál fue la gravedad de la lesión? (según se haya clasificado en el parte de lesiones) -----
1. No tiene parte de lesiones.
2. Leve, no pone en peligro la vida y tarda menos de quince días en sanar.
3. Grave, si pone en peligro la vida y tarda más de quince días en sanar.

31. Existe violencia intrafamiliar en casa del niño víctima del maltrato -----

1. Si
2. No

32. ¿Cuál fue el agente de lesión? -----

1. Fuego, flama, líquidos calientes.
2. Sólidos, líquidos o gases tóxicos
3. Objetos punzo cortantes
4. Objetos contundentes
5. Golpe contra piso o pared
6. Pie o mano
7. Arma de fuego
8. Amenaza y violencia verbal
9. Múltiple
10. Se ignora
11. Otro, cuál: _____

33. ¿Cuál fue el lugar del cuerpo afectado principalmente? -----

1. Cabeza o cuello
2. Cara
3. Brazos y manos
4. Columna vertebral
5. Abdomen y/o pelvis
6. Espalda y/o glúteos
7. Piernas y /o pies
8. Área genital
9. Múltiple

Anexo 2. Maltrato físico.

1. Contusión.
2. Luxación.
3. Fractura.
4. Herida.
5. Asfixia mecánica.
6. Ahogamiento por inmersión.
7. Quemadura.
8. Exposición/administración de tóxicos.

Anexo 3. Maltrato fetal.

1. Sin control prenatal o control prenatal deficiente. (menos de 5 consultas)
2. Consumo de alcohol, drogas u otras sustancias no prescritas por un médico durante el embarazo.
3. Violencia física a la mujer embarazada.

Anexo 4. Negligencia / omisión de la atención.

1. No escolarización.
2. Abandono.
3. No registrado.
4. vacunas incompletas.
5. No haber alimentado al Seno materno por justificación medica.
6. Higiene inadecuada.
7. Desmedro no orgánico.
8. Otras.

Anexo 5. Abuso sexual.

1. Violación
2. incesto,
3. pornografía
4. prostitución infantil
5. estimulación sexual.
6. Tocamientos, exhibicionismo, conductas anormales.