



**GOBIERNO DEL
DISTRITO FEDERAL**



Facultad de Medicina



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACION

SECRETARIA DE SALUD DEL DISTRITO FEDERAL
DIRECCION DE EDUCACION E INVESTIGACION
SUBDIRECCION DE FORMACION DE RECURSOS HUMANOS

CURSO UNIVERSITARIO DE ESPECIALIZACION EN PEDIATRIA

EPIDEMIOLOGIA DEL SINDROME DE KEMPE EN EL HOSPITAL PEDIATRICO
TACUBAYA DE 2003 A 2006.

TRABAJO DE INVESTIGACION CLINICA

DRA. SOFIA LETICIA MARTINEZ MARTINEZ

PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN PEDIATRIA

DIRECTOR DE TESIS



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.

DR. JOSE LUIS ANGUIANO MOLINA

2007

“EPIDEMIOLOGIA DEL SINDROME DE KEMPE EN EL HOSPITAL PEDIATRICO
TACUBAYA DE 2003 A 2006”

Dra. Sofía Leticia Martínez Martínez.

Vo. Bo.

Dra. Laura Lidia López Sotomayor

Profesora Titular del Curso de
Especialización en Pediatría.

Vo. Bo.

Dr. Antonio Fraga Mouret

Director de Educación e Investigación.

“EPIDEMIOLOGIA DEL SINDROME DE KEMPE EN EL HOSPITAL PEDIATRICO
TACUBAYA DE 2003 A 2006”

Dra. Sofía Leticia Martínez Martínez.

Vo. Bo.
Dr. José Luis Anguiano Molina

Director de Tesis

Médico Adscrito del Hospital
Pediátrico Tacubaya.

DEDICATORIA.

Ver el sufrimiento humano y generar en nosotros un sentimiento de compasión, de dolor por el prójimo, de enojo por la injusticia de su situación solo puede venir de amor hacia ellos. Un sentimiento, del que casi nunca estamos concientes o ignoramos, pero que nos mueve y nos lleva a trabajar, a conseguir las metas, a tener esperanza, a pensar que todo puede mejorar. Doy gracias al generador de ese sentimiento, para muchos: Simple naturaleza, esencia o destino, para mí: Dios. Le doy gracias por haberme dado una familia comprensiva y amorosa, que en momentos de preocupación, tensión y desanimo siempre estuvieron con palabras de aliento o con un fuerte abrazo para animarme a seguir adelante y en momentos de alegría celebraron conmigo esos triunfos dentro de mi formación como pediatra.

Le doy gracias por haberme puesto autoridades que me supieron guiar, alentar, corregir, apoyar, instruir, y que entre muchas otras cosas me brindaron su amistad. Hablo de los médicos pediatras, jefes de servicio, jefes de enseñanza, directores, enfermeras, trabajadoras sociales, entre otros, que nos veían, como algo que a los residentes nos cuesta mucho ver cuando estamos en formación, como un Pediatra en el que pueden confiar.

Le doy gracias por haber creado a los niños, generadores de los mejores sentimientos del ser humano y por permitir que sean el motor para seguirme preparando.

Por todo, gracias Dios.

TABLA DE CONTENIDO

Resumen.....	4
Introducción y planteamiento de problema.....	7
Materiales y métodos.....	39
Resultados.....	44
Discusión.....	49
Recomendaciones.....	55
Referencias Bibliográficas.....	57
Anexos.....	61

RESUMEN.

OBJETIVO. Conocer la Epidemiología del Síndrome de Kempe en el Hospital Pediátrico Tacubaya del año 2003 al 2006.

MATERIALES Y METODOS.

Se trata de un estudio de tipo observacional, descriptivo, retrospectivo, transversal en el cual se estudiaron los expedientes clínicos de los pacientes que ingresaron al Hospital Pediátrico Tacubaya del año 2003 al 2006 con el diagnóstico de Síndrome de Kempe y que fue ratificado dicho diagnóstico por el Ministerio Público.

Se definieron las variables a estudiar en el programa SPSS 15 de Windows, se concentraron los datos y se realizó el análisis estadístico en este programa. Creando también las gráficas correspondientes al análisis. Las variables que se estudiaron fueron las siguientes: Sexo del paciente, edad del paciente, sitio del cuerpo afectado, principales complicaciones, presencia de desnutrición, grado de desnutrición, presencia de patología previa al Síndrome de Kempe, y tipo de patología previa, tipo de maltrato. Se sacaron porcentajes. Se obtuvo el número de casos por año y total de casos en los últimos 4 años, de lo cual se obtuvo la tasa de morbilidad y el porcentaje por año y total del periodo de 2003 a 2006.

También se estudiaron las variables correspondientes al agresor: sexo, edad, parentesco con el paciente, escolaridad, nivel económico, estado civil, religión, presencia de desempleo, toxicomanías, tipo de toxicomanía y el factor desencadenante.

RESULTADOS

En los últimos cuatro años, es decir del 2003 al 2006, se ingresaron un total de 10073 pacientes de los cuales 20 fueron por Síndrome de Kempe dando un porcentaje de 0.198% con una tasa de morbilidad de 198.5 casos por cada 100000 habitantes. (Tabla 2)

El sexo del más afectado fue el masculino en un 70%. (Tabla 4. Gráfica 2)

El rango de edad en el que se presentó más el Síndrome de Kempe fue de 2 a 3 años en un 45%. El sitio del cuerpo afectado fue el Sistema Nervioso Central en un 45%. Un 25% de los pacientes afectados con Síndrome de Kempe presento desnutrición.

En un 40% de los pacientes con Síndrome de Kempe existía algún tipo de patología previa diferente al Síndrome de Kempe. En cuanto al tipo de maltrato se observó el maltrato físico en un 95%.

Agredió de igual forma el hombre que la mujer en un 50% cada uno. (Tabla 13. Gráfica 11). Las personas que más agredieron fueron los jóvenes adultos de 15 a 25 años en un 50%, La secundaria fue el nivel escolar en un 55%. El padre fue la figura que más agredió en un 55%. El nivel económico que presentaban los agresores fue bajo en un 85%. La religión que más se registró fue la católica en un 95%. Eran solteros en un 40%.El 65% eran desempleados. Un 50% de los agresores presentaban algún tipo de toxicomanía. El fenómeno desencadenante que más se registró fue la mala atención en un 35%.

CONCLUSION. No estamos diagnosticando el total de casos de Síndrome de Kempe si tomamos en cuenta lo referido en la literatura de que el 10% de cualquier comunidad pediátrica sufre agresión y de que sólo el 1% es diagnosticado. Es nuestra responsabilidad como médicos sospechar de Síndrome de Kempe ante la presencia de indicadores ya establecidos, no dejar ir a ningún niño sin antes realizar un diagnóstico certero. Ya que de no realizarlo ponemos en riesgo la vida del niño, su futuro y el futuro de nuestro país

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En el presente trabajo se pretende dilucidar el panorama que se vive en el Hospital Pediátrico de Tacubaya, para determinar en que magnitud están influyendo los factores de riesgo mencionados en la literatura en la presencia de Síndrome de Kempe y de esta forma poner énfasis en la detección oportuna, así como insistir en mejorar nuestro entorno y resolver los problemas sociales que nos involucran.

MARCO TEORICO

1. INTRODUCCION.

Actualmente vivimos inmersos en un ambiente lleno de violencia, situación de la que desafortunadamente no escapan los niños. El maltrato infantil (MI) ha llegado a ser un problema que se incrementa en forma alarmante. Aun cuando no se tienen cifras precisas de la magnitud del mismo, se infiere que su presencia es cada vez más evidente. (1)

ANTECEDENTES HISTORICOS.

En la historia encontramos mitos, leyendas y descripciones literarias referentes a la actitud de exterminio y maltrato hacia los menores. En la mitología se relata que Saturno devora a su progenie y que Medea mata a sus dos hijos para vengarse de Jasón. En la Biblia se relata el caso de Abraham, quien estuvo a punto de sacrificar a su hijo Isaac, así como la matanza de los inocentes ordenada por Herodes. En la historia, 400 años a.C., Aristóteles decía: "Un hijo o un esclavo son propiedad, y nada de lo que se hace con la propiedad es injusto" En el siglo IV d.C., en la antigua Grecia, las niñas eran sacrificadas, en tanto que en Jericó los niños eran empotrados en los cimientos de las murallas, muros de los edificios y puentes, para supuestamente fortalecerlos. El Códice Mendocino describe diversos tipos de castigos que se imponían a los menores como pincharlos con púas de maguey, hacerlos aspirar humo de chile quemado, dejarlos sin comer, quemarles el pelo, largas jornadas de trabajo, etcétera. Asimismo, un rey de Suecia llamado Aun sacrificó a nueve de sus 10 hijos con el afán de prolongar su vida. (1)

El infanticidio también fue una forma de eliminar a los niños con defectos físicos; durante el nazismo se ordenaba matarlos con el fin de alcanzar la supuesta pureza de la raza, y en algunos países como China, se usaba para controlar la natalidad.

(1)

El médico francés Toulmuche (1852), describe por primera vez algunas lesiones de malos tratos en niños y en 1960 el catedrático de Medicina Legal A. Tardieu, realiza la primera descripción científica de lo que más tarde se conocería como síndrome de maltrato infantil, luego de realizar las autopsias de 32 niños golpeados y quemados.(1)

Mary Ellen (1874) era cruelmente golpeada y encadenada por sus padres adoptivos. Ante esta situación sus vecinos decidieron llevarla a los tribunales, pero tuvo que ser representada por la Sociedad Protectora de Animales al no existir instancia legal alguna que la defendiera. A raíz de este suceso surge en Nueva York la primera Sociedad para la Prevención de la Crueldad en los Niños, y posteriormente se crearon sociedades semejantes en varios países(1).

Posteriormente, en 1946 Caffey describió la presencia de hematomas subdurales asociados con alteraciones radiológicas de los huesos largos en los pequeños(1).

Henry Kempe (1959) utiliza por primera vez el término “The Battered child Syndrome” “Síndrome del Niño Apaleado ó Golpeado” en una comunicación oral a la Sociedad Americana de Pediatría y en 1962, Kempe, Silverman y col. realizan la primera comunicación escrita del síndrome, describiendo las lesiones clínicas encontradas en 302 niños golpeados de los cuales 33 habían muerto y 85 presentaban lesiones permanentes, con base en las características clínicas

presentadas por los casos que ingresaban al servicio de pediatría del Hospital General de Denver, en Colorado.(2)

Este concepto fue ampliado por Fontana al indicar que estos niños podían ser agredidos no sólo en forma física sino también emocionalmente o por negligencia, de modo que sustituyó el término golpeado por el de maltratado; desde entonces se ha publicado una serie de artículos sobre el concepto, que trata de abarcar las diferentes modalidades que existen en cuanto a la acción de lesionar a un niño. (1)

En nuestro país, los primeros artículos médicos publicados sobre el tema se originaron en el antiguo Hospital de Pediatría del Centro Médico Nacional del IMSS, cuando un grupo de radiólogos, pediatras y psiquiatras dieron cuenta de menores con los signos, ahora clásicos, del síndrome mencionado. (12)

En 1997 se estableció formalmente la Clínica de Atención Integral del Niño Maltratado (CAINM) en el INP, coordinada por el Dr. Arturo Loredo Abdála. (8)

Actualmente se acepta que el 10% de cualquier comunidad pediátrica puede ser víctima de una agresión intencional diversa y de ella solo el 1% es diagnosticada o tratada integralmente; desafortunadamente esta situación es una realidad similar en México. Por esta razón la Organización Mundial de la Salud ha calificado a éste problema como un problema de salud pública mundial.

DEFINICION.

Kempe en 1962, originalmente define el Maltrato Infantil como el uso de la fuerza física no accidental, dirigida a herir o lesionar a un niño, por parte de sus padres o parientes. Wolfe define que es “la presencia de una lesión no accidental,

resultado de actos de perpetración (agresión física) o de omisión (falta de atención por parte de quienes están a cargo del niño y que requiere de atención médica o intervención legal)". La Comisión Nacional de Derechos Humanos (CNDH) propone la siguiente definición: "Todo acto u omisión encaminado a hacer daño aun sin esta intención pero que perjudique el desarrollo normal del menor". El Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF) define a los niños maltratados como: "Los menores de edad que enfrentan y sufren ocasional o habitualmente, violencia física, emocional o ambas, ejecutadas por actos u omisiones, pero siempre en forma intencional, no accidental, por padres, tutores, custodios o personas responsables de ellos". (1)

"Un niño es maltratado cuando es objeto de violencia física, psíquica o sexual, así mismo si sufre falta de atención por parte de personas o instituciones de las que depende para su desarrollo" (Sociedad Catalana de Pediatría) (2)

La Clínica de Atención Integral del Niño Maltratado del Instituto Nacional de Pediatría (CAINM-INP-UNAM) propone la siguiente definición:

...Toda agresión u omisión intencional, dentro o fuera del hogar contra un menor (es), antes o después de nacer, que afecta su integridad biopsicosocial, realizada habitualmente u ocasionalmente por una persona, institución o sociedad en función a su superioridad física y/o intelectual(10).

Kieran y O'Hagan hacen una diferenciación entre maltrato emocional y psicológico; en relación con el primero indican: "Es la respuesta emocional inapropiada, repetitiva y sostenida a la expresión de emoción del niño y su conducta acompañante, siendo causa de dolor emocional (p.e., miedo, humillación, ansiedad,

desesperación, etc.) lo cual inhibe la espontaneidad de sentimientos positivos y adecuados, ocasionando deterioro de la habilidad para percibir, comprender, regular, modular, experimentar y expresar apropiadamente las emociones produciendo efectos adversos graves en su desarrollo y vida social”(1).

El maltrato psicológico en cambio es “la conducta sostenida, repetitiva, persistente e inapropiada (violencia doméstica, insultos, actitud impredecible, mentiras, decepciones, explotación, maltrato sexual, negligencia y otras) que daña o reduce sustancialmente tanto el potencial creativo como el desarrollo de facultades y procesos mentales del niño (inteligencia, memoria, reconocimiento, percepción, atención, imaginación y moral) que lo imposibilita a entender y manejar su medio ambiente, lo confunde y/o atemoriza haciéndolo más vulnerable e inseguro afectando adversamente su educación, bienestar general y vida social”. (1)

Abandono o negligencia.

Significa una falla intencional de los padres o tutores en satisfacer las necesidades básicas del niño en cuanto alimento, abrigo o en actuar debidamente para

salvaguardar la salud, seguridad, educación y bienestar del niño

Clasificación del tipo de maltrato.

El tipo de maltrato que sufre un niño se puede dividir en dos grupos:

- 1) Fenómenos o variedades bien conocidas en la comunidad médica y paramédica que está en contacto con los niños víctimas como son el maltrato físico, el abuso sexual, la privación emocional o social y los niños en situación de calle.

- 2) En formas poco conocidas o consideradas. Estas quedan bien ejemplificadas por el síndrome de Munchausen por poder, el abuso fetal, los niños en situación de guerra, los niños de la frontera, el maltrato étnico, las víctimas de ritualismo satánico, entre otros. (10)

Reyes y col. (2000) citan el maltrato infantil secundario al ritualismo satánico. Reportan el caso de un niño de 6 años de edad que fue agredido física y emocionalmente durante dos días, con lesiones secundarias a pisoteos, estacas de arizo clavadas en tórax y quemadura en mejillas con el comal con fuego activo en durante un ritual satánico llevado a cabo por 18 participantes, siendo 12 de ellas familiares cercanos del niño.

Aparte de otras lesiones y problemas orgánicos este niño presentaba desnutrición moderada (Reyes 2000) problema este que también es expresado a través de todo territorio terrestre en sus más diferentes estadios.

El abuso fetal es descrito como otra forma de abuso, se caracteriza por asalto físico por la madre o el padre contra el producto uterino, con intención clara de dañarlos, también puede ser caracterizado por negligencia a la protección del producto contra sustancias químicas tales cuales alcohol, nicotina u otras drogas. (Condon 1986)(3)

Existe otra forma de maltrato infantil, el llamado "Síndrome de Münchausen caracterizado por: .Aparición de signos o síntomas, más o menos complejos, de difícil explicación etiológica, que han sido simulados (añadir sangre o azúcar a la orina...) o producidos (administración de fármacos que den una determinada sintomatología: convulsiones, hipoglucemia, etc.) casi siempre por la madre (Meadow) o por algún miembro del entorno familiar. Por el motivo anterior el niño es

sometido a múltiples pruebas, exploraciones e incluso intervenciones quirúrgicas para intentar llegar a un diagnóstico. Mientras el médico se encuentra preocupado, por no encontrar el diagnóstico, el simulador se encuentra tranquilo con una buena relación con el personal sanitario. Suele darse en niños pequeños, menores de 5 años, y se presenta por igual en los dos sexos. Con frecuencia pasan meses e incluso años hasta que se llega al diagnóstico, y en algunos casos el niño muere sin llegar al diagnóstico. Waller (1983) recoge una serie de 23 casos, de los que 5 fallecieron (22%) En ocasiones se produce en más de un miembro de la familia, denominándosele entonces: "Síndrome de Münchausen por poderes en serie" (2)

Criterios clínicos diagnósticos en el síndrome de Manchausen por poder:

- 1.- Enfermedades aparentemente persistentes o recurrentes
- 2.- Discrepancia entre los datos clínicos aportados y la historia médica completa
- 3.- Existencia de un cuadro convulsivo que no responde al tratamiento habitual.
- 4.- Signos y síntomas preocupantes que no pueden ser explicados por un médico experimentado quién señala "jamás he visto un caso semejante".
- 5.- Los signos y síntomas desaparecen en ausencia de la madre o del agresor.
- 6.- Antecedentes de hijos fallecidos sin causa explicable o por aparente "Síndrome de Muerte Súbita".
- 7.- Madre especialmente aprehensiva, al pendiente del hijo y no acepta su separación.

8.- La madre muestra menos preocupación por la salud de su hijo que los médicos y en general por el personal de salud. Con ellos mantiene buena relación y suele alabar el interés mostrado en la atención del menor.

9.- Madres inteligentes y con conocimiento de medicina o enfermería

10.- Los padres no están de acuerdo con el tratamiento del niño

El síndrome del niño sacudido (SNS) es reconocido como el maltrato cerebral y ocular producido a través de un mecanismo de aceleración y desaceleración craneal, por las sacudidas enérgicas a un menor, todo esto sin dejar huella externa de trauma craneal u ocular.

EPIDEMIOLOGIA

- Alrededor de 40 millones de menores de 15 años sufren maltrato y abandono
- Todos los años, alrededor de 1,2 millones de niños y niñas son víctimas de la trata de menores de edad;
- Aproximadamente 246 millones de niños y niñas trabajan, y 180 millones sufren las peores formas de trabajo infantil;
- En cualquier momento dado, más de 300.000 niños y niñas combatientes, algunos de solamente ocho años, son víctimas de la explotación en los conflictos armados en más de 30 países. Se calcula que más de 2 millones

han muerto como resultado directo de los conflictos armados durante los años 1990;

- Y se calcula que 2 millones de niños y niñas son víctimas de la explotación como resultado de la prostitución y la pornografía. (UNICEF, 2004)(3)
- La figura parental que más agrede es la madre.

El Centro de Terapia y Apoyo para Víctimas de la Procuraduría General de Justicia del Distrito Federal reporta que de las víctimas menores de 13 años tratadas en el período de enero a septiembre de 1997 el 52% eran víctimas de abuso sexual - el 31% víctimas de violación - y el 70% de todos los menores tratados eran niñas. Asimismo se tiene que en 1999 el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF) atendió a 24,927 niñas y niños maltratados, de los cuales 12,219 eran niñas y 12,916 eran niños.

Para 1999, en México el número de casos de maltrato fue de 12,516 niños y 12,433 niñas.(8) De estas cifras el estado con mayor índice fue el de Coahuila con 4,150, seguido de Nuevo León con 3,067 y en tercer lugar el Estado de México con 1,885 casos, datos obtenidos del DIF. (8)

El tipo de maltrato mas frecuente en el Distrito Federal fue el físico con 44%; en Coahuila la omisión de cuidados con 35%; en Sinaloa el físico con un 72% al igual que Nuevo León con un 58.8%(8)

El Centro Nacional de abuso y negligencia para con la infancia de los Estados Unidos (NCANDS) estimó que, según datos recogidos de 50 estados y el distrito de

Columbia, en 1996, 1077 niños y niñas murieron a causa de abuso o negligencia, de éstos, un 77% tenía tres años o menos de edad.(8)

De los casos confirmados, el 52% correspondía a actos de negligencia, el 24% a maltrato físico, el 12% a abuso sexual, el 6% correspondía a abusos emocionales y un 3% referían a casos de negligencia médica. El restante 14% refería a “otros” tipos de maltrato como abandono, amenazas e intoxicación con drogas, entre otros (8).

Edad de la víctima	% de víctimas de maltrato
Menos de 1 año	6,7%
Entre 1 y 4 años	25%
Entre 5 y 11 años	41,6%
Entre 12 y 18 años	24,9%

El 77% de los casos de abuso y maltrato fueron perpetrados por los padres de la víctima. Un adicional 11% correspondió a parientes del niño o niña maltratado y tan sólo un 2% correspondía a otras personas relacionadas con el cuidado de los menores. El 10% restante de los perpetradores fueron clasificados como no relacionados al cuidado de los infantes (extraños, miembros del mantenimiento de la casa, amigos, vecinos, entre otros). (8)

En Brasil, 58% de los menores de 19 años viven en la pobreza. De éstos, 20% están abandonados y viven en la calle. (8)

En Ciudad de México los niños de la calle oscilan entre 500.000 y un millón. En Santo Domingo, República Dominicana, dos estudios mostraron tasas de maltrato de 58% y 33%, respectivamente, mientras otro reveló que toda una población de niños impedidos estaba sometida a algún tipo de maltrato.(8)

En Guatemala, de un total de 698 casos de maltrato registrados en los hospitales generales (San Juan de Dios, Roosevelt e IGGSS) entre 1990 y 1995, el 47% correspondió a maltratos físicos, un 36% a abandono y un restante 17% a casos de abuso sexual. (8)

En América Latina no menos de 6 millones de niños, niñas y adolescentes son objeto de agresiones severas y 80 mil mueren cada año por la violencia que se presenta al interior de la familia (Fuente UNICEF). (8)

Una encuesta reciente en el Distrito Federal realizada por el Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI), muestra que la violencia intrafamiliar tiene lugar en 30.4% de todos los hogares - casi uno de cada tres - en la forma de maltrato emocional, intimidación o abuso físico o sexual. El maltrato emocional ocurre en casi todos estos hogares y el abuso sexual en 1.1%. Sólo 14.4% de estos hogares buscan alguna clase de ayuda, a pesar de que el 72.2% espera que se repita la violencia. (4)

El Instituto Nacional de Estadística Geográfica e Informática (INEGI), reporta que en 2003, en territorio Mexicano, de todo los números de maltrato infantil, cerca de 28.6% el maltrato fue de tipo físico, 4.6% fue de abuso sexual, 9.2% abandono, 26.7% de tipo emocional, 25.2% de emisiones de cuidado, 0.2% explotación sexual comercial, 7.6% de negligencia y 0.9% explotación laboral. (INEGI, 2004)(3)

Cerca de 63.8% de las denuncias recibidas en el Ministerio Público fueron comprobadas y de estas apenas 20.2% se presentaron ante el Ministerio Público. (INEGI, 2004)(3)

En el estado de Chihuahua 100% de los casos sospechosos de maltrato infantil presentados al Ministerio Público fueron comprobados, en Nuevo León en 2002 apenas 3.5% de los casos fueron comprobados. (INEGI, 2004)(3)

Estos números pueden ser explicados por una baja eficiencia del Ministerio Público de este estado o por una protección natural de la familia al agresor, en un intento de mantener el honor de la misma familia, ya que uno de los padres se convierte en el agresor activo y el otro en agresor pasivo según Loredo (1998).(3)

De cualquier manera de cada niño que es acudido por un médico por motivo de maltrato familiar, existen 10 niños más siendo maltratados que no llegan a ser vistos por un médico. (Loredo 2003)(3)

Indicadores seleccionados sobre maltrato infantil, 1995 a 2004

INEGI, (10)

Indicador	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
Porcentaje de casos	73.9	58.3	66.4	62.8	56.1	61.3	53.1	56.4	62.8	59.2

comprobados de denuncias recibidas por maltrato infantil										
Porcentaje de casos comprobados de maltrato infantil presentados ante el Ministerio Público	ND	ND	ND	14.5	14.0	19.4	21.0	24.2	19.0	17.1
	ND	ND	ND	94	100	101	97	97	103	103

Índice de feminidad de menores atendidos por maltrato infantil (Niñas por cada 100 niños)										
---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

ND No disponible.

P Cifras preliminares.

FUENTE:DIF. Dirección de Asistencia
Jurídica.

Las partes del cuerpo que reciben mas lesiones son cabeza, cara y cuello seguidos por miembros superiores, inferiores, tronco y abdomen. (Loredo 1998) (3)

Es común que los agresores sexuales sean personas conocidas y que gozan de la confianza de las víctimas (6)

Un estudio realizado en los EEUU, muestra que los abusos o abandonos cuando se es niño, aumentan la posibilidad de arresto en la adolescencia en un 53%, en un 38% durante la vida adulta, y en un 38% la posibilidad de llevar a cabo un crimen violento. (8)

Los casos de abuso en niños y niñas, son 15 veces más probable de ocurrir en familias en las que la violencia familiar está presente (8).

Es difícil estimar con precisión sus costos personales y sociales, pero éstos se ven reflejados a través de problemas psicológicos, adicciones, suicidios, presencia de enfermedades recurrentes, ausentismo laboral, dificultades en la escuela y la falta de satisfacción de las necesidades, principalmente las afectivas. (8)

Etiología

Los estudios realizados en varios países señalan que el Maltrato Infantil es un problema multicausal, en el que intervienen las características del agresor, el

agredido, el medio ambiente que les rodea y un estímulo disparador de la agresión.

(1)

La figura parental que más agrede es la madre. Se describen algunas características del agresor, tales como: autoestima baja, individuos deprimidos o con tendencia a la depresión, neuróticos, ansiosos, alcohólicos, drogadictos, impulsivos, hostiles, con poca tolerancia a la frustración, con una percepción inadecuada respecto al niño y con antecedentes de maltrato en su niñez. (1)

En relación con las características del menor agredido, frecuentemente se presentan: problemas de salud (congénitos o adquiridos); niños hiperactivos, en su difícil manejo, con bajo rendimiento escolar, y generalmente, hijos no deseados(1)

El disparador de la agresión puede ser una mala relación de pareja, problemas económicos, desempleo, vivienda inadecuada, etcétera. (1)

Características del agresor

Sexo: Cualquier adulto puede ser agresor, pero es importante diferenciar el tipo de agresión. Al existir daño físico, el agresor generalmente es del sexo femenino y la madre ocupa el primer lugar. Al haber alguna modalidad de abuso sexual el agresor habitualmente es el padre, padrastro, abuelo, tío o primo. (Loredo 1998)

En el estudio realizado por Loredo (2003) en la ciudad capitalina reporta que 44% de las agresiones son realizadas por los padres, 34% por las madres, 14% por padrastro y en 4.8% por ambos progenitores.

Condición socio económica: Loredo (1998) comenta que según sus experiencias, la idea de que solamente se observa en personas de nivel socioeconómica débil es

equivocada. Revela que los resultados apuntan a esta tendencia debido a que las familias de clase alta asisten con menor frecuencia a las instituciones públicas de salud. Sin embargo existe una mayor prevalencia de maltrato al menor en familias de menor poder adquisitivo.

Escolaridad: Un número importante de agresores son analfabetos o bien cursaron algunos años de educación primaria, sin embargo, Loredo (1998) comenta que no existe claramente una relación de causa efecto entre ignorancia y maltrata al menor.

Ocupación del agresor: Habitualmente 25-30% de los agresores masculinos no tienen empleo. Aún que estas cifras no presenten significancia estadística pueden apuntar a un factor de riesgo importante. (Loredo 2003)

Cerca de 50% del agresor femenino desempeña labores en el hogar los otros 50% se distribuyen entre empleo doméstico, oficina y prostitución, principalmente.

Estado civil de los padres: Apenas 1/3 de las familias de niños maltratados se encuentran en unión civil o religiosa. (Loredo 1998)

Alcoholismo y toxicomanías: La presencia de estos hallazgos dentro de la familia son de alto riesgo para que un niño sea o este siendo víctima del maltrato infantil. (Loredo 1998). En estos casos la influencia del alcohol puede ser un elemento coadyuvante: el abuso del alcohol suele aumentar el conflicto familiar y, por tanto, la probabilidad de interacciones violentas (12)

La conducta del agresor puede tener dos variantes.

- 1) El perpetrador tiene una actitud activa y por ende, su comportamiento es fácilmente detectable. En otras ocasiones es enmascarada o subliminal tal y como ocurre en el Síndrome de Münchausen en niños.
- 2) El agresor es pasivo y no impide la agresión al menor e inclusive la favorece, propiciando situaciones que desencadenan tal acción. (10)

Características del niño

Edad: Cuando se trata de maltrato físico los lactantes y preescolares son los menores más agredidos, el abuso sexual es más frecuente en escolares y adolescentes jóvenes. (Loredo 1998) A través de un estudio realizado con 50 niños maltratados físicamente en Ciudad de México se ha encontrado como promedio de edad de 8.2 años. (Loredo 2003)

Sexo: No hay diferencia sustancial en relación al maltrato físico cuanto al sexo de niños maltratados, sin embargo hay una prevalencia de niñas agredidas sexualmente. (Loredo 1998) Sin embargo en un estudio realizado en Ciudad de México se encontró una leve prevalencia 64% de maltrato infantil en el sexo masculino. (Loredo 2003)

Enfermedades agregadas: Las más frecuentes son desnutrición en diversos grados, infecciones parasitarias de piel, en genitales, de vías urinarias, entre otras. (Loredo 1998) Se ha observado un menor índice de niños maltratados con sobre peso en el mismo estudio realizado en México D.F., 2%.

Malformaciones físicas: La presencia de una malformación, automáticamente convierte el niño en menor de alto riesgo a padecer maltrato infantil ya que su presencia condiciona un problema emocional en los progenitores. (Loredo 1998).

Los **indicadores** de conducta

El comportamiento de los niños maltratados ofrece muchos indicios que delatan su situación. La mayoría de esos indicios son no específicos, porque la conducta puede atribuirse a diversos factores.

Sin embargo, siempre que aparezcan los comportamientos que señalamos a continuación, es conveniente agudizar la observación y considerar el maltrato y abuso entre sus posibles causas:

1. Las ausencias reiteradas a clase
2. El bajo rendimiento escolar y las dificultades de concentración
3. La **depresión** constante y/o la presencia de conductas auto-agresivas o ideas suicidas.
4. La docilidad excesiva y la actitud evasiva y/o
5. Defensiva frente a los adultos.
6. La búsqueda intensa de expresiones afectuosas por parte de los adultos, especialmente cuando se trata de niños pequeños.
7. Las actitudes o **juegos** sexualizados persistentes e inadecuados para la edad.

Los indicadores físicos:

1. La alteración de los patrones normales de crecimiento y desarrollo.
2. La persistentes falta de **higiene** y cuidado corporal
3. Las **marcas** de castigo corporales.
4. Los "**accidentes**" frecuentes.
5. El **embarazo precoz**.

El fenómeno detonante

Generalmente gira alrededor de aspectos socioeconómicos tales cuales: a) pérdida súbita del empleo; b) descompostura de un aparato eléctrico; c) habitar en una vivienda sin o con mínimas condiciones generales; d) disfunción conyugal y e) vivir en zona de conflicto ambiental o bélico. (Loredo 1998)

Otros factores de alto riesgo son pobre comunicación entre los miembros de la familia, disposición inadecuada de basura en las cercanías y/o dentro del hogar y programas de TV con violencia dentro del ambiente familiar. (Loredo 2003)

Factores socioculturales y ambientales (8)

La cultura y las tradiciones de cada país también influyen en la concepción que se tenga sobre el maltrato infantil. Por ejemplo, las formas de crianza en distintas culturas nos demuestran que cosas que nosotros hacemos y nos parecen naturales, en otras sociedades están ausentes casi totalmente.

Existen aún, en muchos países ideas tales como que los hijos pertenecen a los padres y que ellos pueden decidir sobre su destino. La dependencia del niño

respecto del adulto en nuestra sociedad es también un factor de riesgo. Problemas tales como una situación de desequilibrio en la familia, repercuten directamente en el niño, quien suele ser una de las primeras víctimas.

Entre los problemas ambientales y socioeconómicos que pueden actuar como factores de riesgo para que se produzca una situación de maltrato se encuentran:

- Situación laboral: desempleo, inestabilidad laboral, excesiva carga horaria, entre otras.
- Vivienda: hacinamiento, viviendas compartidas con otras familias, malas condiciones de habitabilidad, etc.
- Necesidades básicas insatisfechas, problemas de marginalidad, entre otras. (8)

Según Garbarino, “el microsistema del niño se convierte en una fuente de riesgo para su desarrollo cuando es socialmente empobrecido. Es decir, el desarrollo del niño sufre siempre que el microsistema está limitado, ya sea porque hay muy pocos participantes o muy poca interacción recíproca, patrones de interacción psicológicamente destructivos, o alguna combinación de los tres”.

Según definición de la Fundación PANIAMOR la violencia intrafamiliar es “cualquier acto u omisión llevado a cabo por miembros de la familia y cualquier condición resultante de estas acciones que priven a otros miembros de la familia de iguales derechos y libertades o que interfieran con su máximo desarrollo y libertad de elegir.

A continuación se enumeran una serie de causales del maltrato infantil (clasificación no exhaustiva) al interior de las familias:

- La negligencia: desprotección, descuido y/o abandono
- Cambios en la estructura familiar: cuando se rompe el equilibrio del funcionamiento familiar se pueden dar casos de conductas violentas con los hijos.
- Malos tratos como forma natural y habitual de la relación. Barudy distingue cuatro situaciones en las que se generan situaciones de violencia intrafamiliar:
 - a. Carencia de los padres de cuidados maternos en su medio social y familiar durante su infancia
 - b. Carencia de los padres de una figura parental.
 - c. Carencias en la estructura familiar, alteraciones en la organización jerárquica de la familia.
 - d. Carencia de intercambios entre la familia y su entorno.

Algunos comportamientos o conductas irregulares son la infidelidad, maltrato verbal, autoritarismo, apatía (indiferencia hacia el cónyuge) incumplimiento del rol económico, abandono del hogar por parte de uno de los padres, separación, encarcelamiento de uno de los cónyuges, etc.(13)

DIAGNOSTICO.

Las manifestaciones clínicas que la víctima puede expresar se divide en:

a) Evidentes y lógicas.

- Mediante una expresión clínica obvia como excoriaciones, quemaduras, fracturas, infección de transmisión sexual y embarazo temprano sin explicación lógica.

b) Poco evidente:

- La existencia de alguna alteración en el crecimiento físico como talla baja,
- Desnutrición severa, sobrepeso u obesidad.

Factores individuales:

- Embarazo no deseado
- Niños prematuros
- Niños con impedimentos físicos o psíquicos
- Niños hiperactivos

La ingesta de alimentos es insuficiente porque no se le proporciona deliberadamente al niño o éste come de manera exagerada porque se encuentra en depresión. Esto último es más evidente en adolescentes. (10)

En la mayoría de los casos, el niño acude acompañado de la persona que lo maltrata (padres, cuidadores...) los cuales manifiestan una etiología de las lesiones

muy diversa: caídas accidentales, descuidos, etc. y es la pericia del profesional la que le alerta y le hace sospechar. También es frecuente que el niño sea llevado a distintos Centros Médicos para no levantar sospechas.(2)

Sospecha diagnóstica

Se establece ante los siguientes hechos

- Actitud del niño: receloso, temeroso, apático, miedo a las personas mayores.
- Lesiones características:
 1. Existencia de violencias múltiples
 2. Diversidad de lesiones: equimosis, heridas, hematomas, quemaduras, arañazos...
 3. Antigüedad diferente de las lesiones
 4. Lugar de presentación: partes descubiertas (cara, cabeza, nalgas, pies, manos...)
- Discordancia entre las lesiones encontradas y la causa etiológica dada por los padres o cuidadores.
- Falta de cuidados médicos habituales: vacunas, revisiones periódicas, etc.
- Defectos de nutrición y/o crecimiento sin causa orgánica que los justifique.
- Reincidencia de accidentes: intoxicaciones, caídas, quemaduras... (2)

Examen Externo Meticuloso

• Valorar:

- Descuido o falta de higiene.

- Ropa interior en caso de agresión sexual (buscando manchas de sangre, esperma, pelos, desgarros etc.).

- Descripción de las lesiones, reseñando tamaño, localización anatómica, antigüedad de cada una de ellas, etc.

- Tipo de lesiones: Las más frecuentes:

Equimosis, algunas reproducen el objeto que las produjo.

Hematomas y quemaduras: En la piel (cigarrillos, plancha, agua caliente) en el interior de la boca (líquidos calientes)

Heridas (arañazos) buscarlas no sólo en la piel sino en el interior de la boca por introducción brusca de tenedores, etc.

Alopecias circunscritas con una zona cicatricial en su centro por arrancamiento brusco del cabello.

Edemas por comprensión, suelen acompañarse de lesiones erosivas o abrasivas (sujeción con correas o cuerdas de manos o pies)

Cuadro I. Indicadores del niño según tipo de maltrato (14)

Indicadores físicos	Indicadores en el comportamiento
----------------------------	---

Maltrato físico

Huellas del objeto agresor específico(cordón, cinturón, tacón, etc.), inflamación, equimosis, deformación de la región, cicatrices.	Agresividad, rebeldía, hiperactividad o apatía, timidez, miedo, ansiedad, aislamiento, convicción de merecer el castigo. En la escuela inasistencia y bajo rendimiento.
---	---

Abuso sexual

Lesiones perineales, inflamación, laceración, cicatrices, presencia de semen, infecciones de transmisión sexual	Miedo, ansiedad, culpa, desconfianza, a veces enojo.
---	--

Maltrato psicológico

R e t r a s o psicomotor	Deterioro de las facultades mentales principalmente en el área cognitiva, autodevaluación, bajo rendimiento escolar
-----------------------------	---

Maltrato emocional

A c t i t u d apática	Retraimiento, aislamiento, poca socialización, problemas de relación, poca expresividad, depresión, bloqueo emocional
--------------------------	---

Negligencia

Desnutrición, higiene deficiente, ropa inadecuada para lugar y/o clima	Retraimiento, apatía, depresión, timidez, indiferencia. En la escuela asistencia irregular y bajo rendimiento académico
--	---

En un estudio sobre agresión sexual realizado por el Dr. Onofre Guerra realizado el 1995 encontró que la madre y tía fueron los principales familiares denunciantes.(6)

IDENTIFICACIÓN DE ABUSO SEXUAL

SIGNOS Y SÍNTOMAS FÍSICOS	TRASTORNOS DE CONDUCTA
Específicos	Específicos
<ul style="list-style-type: none"> ∅ Lesiones genitales ∅ Fisuras o laceraciones rectales ∅ Enfermedades de transmisión sexual ∅ Embarazo 	<ul style="list-style-type: none"> ∅ Conocimiento inapropiado del comportamiento sexual adulto ∅ Masturbación compulsiva ∅ Curiosidad sexual exagerada
Inespecíficos	Inespecíficos
<ul style="list-style-type: none"> ∅ Anorexia ∅ Dolor abdominal ∅ Enuresis ∅ Disuria ∅ Encopresis ∅ Evidencia de abuso físico en 	<ul style="list-style-type: none"> ∅ Miedos excesivos (fobias) ∅ Temor a dormir solo, miedos nocturnos ∅ Fugas ∅ Comportamiento agresivo ∅ Intento de autoeliminación

área genital	Ø	Cualquier cambio brusco de conducta
Ø Flujo vaginal		
Ø Supuración uretral		
Ø Dolor rectal		

Retirado de Stephen L, Abuso sexual, manejo en emergencia pediátrica. Arch Pediatr Urug 2001; 46

Examen radiológico óseo completo.

- a) Alta especificidad, Lesiones metafisarias, fracturas costales posteriores, fracturas escapulares, fracturas de apófisis espinosas, fracturas esternales
- b) Moderada especificidad: Fracturas múltiples (bilaterales), fracturas en diferentes estadios, separaciones epifisarias, fractura de cuerpos vertebrales, subluxaciones vertebrales, fracturas digitales, fracturas craneales complejas
- c) Baja especificidad: Fracturas claviculares, fracturas craneales lineales, fracturas diafisarias de huesos largos(2).

Trastornos adaptativos, emocionales y sintomáticos en niños y adolescentes con desorden de estrés postraumático (zona urbana del Municipio de Durango).

DESORDENES SECUNDARIOS %

Bajo rendimiento escolar 71.1

Trastornos del sueño	71.7
Trastorno adaptativo	60.0
Desorden por ansiedad excesiva	34.2
Estresores psicosociales	34.2
Trastornos somatomorfos	31.4
Desorden por déficit de atención	28.5
Trastorno de conducta alimenticia	17.1
Desorden de conducta	14.2
Desorden depresivo mayor	14.2
Desorden oposicional	11.4
Desorden distímico	11.4
Fobia simple	5.7
Autoagresividad	5.7
Problemas paterno-filiales	2.8
Desorden por ansiedad por separación	2.8
Trastornos en el control de esfínteres	2.8

Trastornos de aprendizaje	2.8
Trastorno de lenguaje psicogénico	2.8
Abuso de sustancias	2.8

Retirado de Terrones GA, Antiguas guerras ocultas: sobre vivencia de adultos al abuso y violencia sexual en la infancia. La Salud en Durango 2001; 3(1):9.

En un estudio realizado por el Dr. Espinosa en el Hospital Pediátrico Legaria en un paciente con lesión penetrante se encontró el arma blanca alojada en la fosa temporal, en otro, se encontraron agujas en diferentes partes del cuerpo, hematoma subdural crónico y atrofia corticosubcortical. El grado del TCE fue moderado a severo. Todos los pacientes presentaron algún grado de desnutrición y la mayoría era de medio socioeconómico pobre. La edad de los padres fluctuó entre 17 y 45 años; la escolaridad varió de analfabetismo a preparatoria. Se encontró drogadicción o alcoholismo en algún miembro de la familia. (5)

Diagnostico Diferencial.

-El impétigo puede ser confundido con quemaduras de cigarro.

- Hemofilia tipo A.

-Fracturas por alteraciones a nivel óseo como la osteogénesis imperfecta, la sífilis congénita, deficiencia de vitamina D.

-Hiperostosis Cortical Infantil.

- Aplasia medular idiopática.

- Tiña corporis

- Caída accidental

Consecuencias.

Múltiples consecuencias acarrear los distintos tipos de agresiones, la violencia provoca consecuencias muy dañinas en los menores entre ellos trastornos emocionales y de la conducta, afectaciones en el aprendizaje escolar y desarrollo de la **inteligencia**, fugas del hogar, lesiones físicas que pueden llegar a **la muerte**, recibir daños irreparables en sus órganos reproductivos, mayores posibilidades de sufrir **accidentes**, de contraer **enfermedades** por transmisión sexual, trastornos psiquiátricos, intento suicida, desviaciones de la conducta social: conductas agresivas tales como, la violencia manifiesta o encubierta en el machismo, la transmisión de conductas agresivas en su adultez.

2. MATERIALES Y METODOS.

Se realizó un estudio clínico, observacional, transversal, descriptivo, retrospectivo donde los involucrados fueron los pacientes ingresados en el Hospital Pediátrico Tacubaya del año 2003 al año 2006 con el diagnóstico de Síndrome de Kempe. Se revisaron los expedientes clínicos de los pacientes en edad pediátrica de ambos sexos a quienes se les diagnosticó Síndrome de Kempe y se confirmó dicho diagnóstico por el Ministerio Público.

Se excluyeron a los pacientes que se ingresaron con diagnóstico de Síndrome de Kempe y que el Ministerio Público determinó que no se trataba de dicho padecimiento, así como pacientes fuera del rango de edad pediátrica.

Se definieron las variables a estudiar en el programa SPSS 15 de Windows, se concentraron los datos y se realizó el análisis estadístico en este programa. Creando también las gráficas correspondientes al análisis.

Las variables del estudio fueron las siguientes:

Sexo del paciente. Características fenotípicas del paciente, escala cualitativa nominal calificándola como: 1= Femenino 2= Masculino. Se obtuvo el porcentaje.

Edad del paciente. Característica cronológica del paciente, cualitativa discontinua, calificándola como: 1= Menor a un año, 2= de 1 a 3 años, 3= de 3 a 6 años, 4= de 7 a 12 años y 5= de 13 a 18 años. Se obtuvo el porcentaje para cada edad.

Sitio del cuerpo afectado: Lugar del cuerpo afectado, especificando localización. Cualitativa nominal. Se calificó como: 1= SNC, 2= Tórax, 3= Abdomen, 4= Extremidades, 5= Cara y cuello y 6= genitales.

Principales complicaciones en el paciente con diagnóstico de Síndrome de Kempe:

Principal manifestación clínica que presentaron los pacientes con diagnóstico de Síndrome de Kempe. Cualitativa nominal. Se calificó como: 1= TCE Grado I, 2= TCE Grado II, 3= TCE Grado III, 4= Heridas, laceraciones, equimosis y quemaduras en diversas partes del cuerpo, 5= Trauma en tórax, 6= Trauma abdominal, 7= Daño en genitales y 8= fractura de huesos largos.

Presencia de desnutrición: Existencia de desnutrición de cualquier grado.

Desnutrición se define como el déficit ponderal de más del 10% según la clasificación de Gómez. Cualitativa ordinal. Se calificó como: 1= si, 2= no.

Grado de desnutrición: Desnutrición de acuerdo a la Clasificación de Gómez donde

indica que el primer grado tiene un déficit ponderal del 10 al 24%, el segundo grado del 25 al 39% y el tercer de más del 40 a más del 40%.

Presencia de patología previa al padecimiento. Existencia de enfermedad previa a

la presencia de Síndrome de Kempe. Ordinal. Se calificó 1= si, 2= no.

Tipo de patología previa. Patología específica presente previamente a la ocurrencia

del Síndrome de Kempe. Tipo nominal. Se calificó 1= Retraso psicomotor, 2= Malformación o deformidad, 3= Alteraciones en la conducta o psiquiátricas, 4= Epilepsia y 5= Glaucoma.

Tipo de maltrato. Toda agresión u omisión intencional, dentro o fuera del hogar

contra un menor, antes o después de nacer, que afecta su integridad biopsicosocial, realizada habitualmente u ocasionalmente por una persona, institución o sociedad en función a su superioridad física y/o intelectual (10).

Maltrato Físico. Huellas del objeto agresor específico (cordón, cinturón, tacón, etc.), inflamación, equimosis, deformación de la región, cicatrices, fracturas, hemorragias entre otras.

El maltrato psicológico es “la conducta sostenida, repetitiva, persistente e inapropiada (violencia doméstica, insultos, actitud impredecible, mentiras, decepciones, explotación, maltrato sexual, negligencia y otras) que daña o reduce sustancialmente tanto el potencial creativo como el desarrollo de facultades y procesos mentales del niño (inteligencia, memoria, reconocimiento, percepción, atención, imaginación y moral) que lo imposibilita a entender y manejar su medio ambiente, lo confunde y/o atemoriza haciéndolo más vulnerable e inseguro afectando adversamente su educación, bienestar general y vida social”. (1)

Abuso sexual. Presencia de lesiones perineales, inflamación, laceración, cicatrices, presencia de semen, infecciones de transmisión sexual , entre otras provocadas por el agresor.

Se trata de una escala nominal. Se califico como: 1= Físico, 2= Psicológico y 3= Sexual.

Sexo del agresor. Característica fenotípica de la persona generadora del daño en el paciente. Cualitativa nominal. Se califico como: 1= Femenino 2= Masculino.

Edad del agresor. Característica cronológica de la persona generadora del daño en el paciente. Cualitativa discontinua. Se calificó como 1 = 15 a 25 años, 2= 26 a 35 años, 3= 36 a 45 años y 4= más de 45 años.

Parentesco del agresor con el paciente. Vínculo de consanguinidad o afinidad de la persona generadora del daño con el paciente. Cualitativa Nominal. Se calificó como 1= Padre, 2= Madre, 3= Tío(a), 4= vecinos, 5= otros.

Escolaridad del agresor. Conjunto de cursos que sigue un estudiante en una escuela, en éste caso la persona generadora del daño al paciente. Cualitativa nominal. Se calificó 1= Primaria, 2= Secundaria, 3= Preparatoria o equivalente, 4= Profesional y 5= Analfabeta.

Nivel económico del agresor. Clasificación económica de acuerdo a los ingresos monetarios del agresor. Se obtuvo del registro de estudio socioeconómico realizado por Trabajo Social. Cualitativa nominal. Se calificó como 1= Bajo (Sin ingresos o con uno o dos salarios mínimos), 2= Medio (Con 3 a 4 salarios mínimos) y 3= alto (más de 4 salarios mínimos).

Estado civil del agresor. Condición legal de las personas respecto de su nacimiento, matrimonio o profesión religiosa. Es este caso del agresor. Cualitativa nominal. Se calificó como: 1= Soltero, 2= Casado, 3= Unión libre, 4= Divorciado, 5= viudo.

Religión del agresor. Vínculo moral entre Dios y el hombre, cuyas bases son dogma, culto y moral. En este caso del agresor. Cualitativa nominal. Se calificó como. 1= Católico, 2= Cristiano, 3= Testigo de Jehová, 4= otros, 5= sin religión.

Desempleo en el agresor: Falta de trabajo en alguna región, en este caso del agresor. Cualitativa ordinal. Se calificó como 1= Si y 2= No.

Toxicomanías del agresor: Estado psicofísico que sufren las personas adictas a drogas y que deben recibir una cantidad creciente de la sustancia para evitar la

aparición de síntomas de abstinencia (Dependencia). En éste caso el agresor. Cualitativa ordinal. Se calificó como 1= Si y 2= No.

Tipo de toxicomanía. Se especifica el tipo de sustancia generadora de la dependencia. Cualitativa nominal. Se calificó como 1= Tabaquismo, 2= Alcoholismo, 3= Cocaína, 4= Marihuana Se obtuvo el porcentaje.

Factor desencadenante. Generalmente gira alrededor de aspectos socioeconómicos tales cuales: a) pérdida súbita del empleo; b) descompostura de un aparato eléctrico; c) habitar en una vivienda sin o con mínimas condiciones generales; d) disfunción conyugal y e) vivir en zona de conflicto ambiental o bélico. (Loredo 1998) Cualitativa nominal. Se calificó como: 1= Mala atención, 2= Problemas laborales, 3= Problemas económicos, 4= Por patología de los padres, 5= Por patología previa del paciente y 5= Problemas escolares del paciente.

Frecuencia por año. Número de casos presentes por año. Cualitativa discontinua. Se registraron los casos por año calificándolos como 1= 2003, 2= 2004, 3= 2005 y 4= 2006. Se obtuvo el porcentaje de cada año.

Se elaboró una base de datos en el programa SPSS 15 para Windows y se analizó en dicho programa de acuerdo a las variables definidas con anterioridad.

De acuerdo a la Ley General de Salud se trató de un estudio sin riesgo desde el punto de vista ético.

RESULTADOS.

Se revisaron los expedientes de los pacientes ingresados con el diagnóstico de Síndrome de Kempe en el Hospital Pediátrico Tacubaya del año 2003 al año 2006, y cuyos diagnósticos fueron confirmados por el Ministerio Público. Se concentraron y analizaron los datos recolectados, en el programa SPSS 15 de Windows encontrando los siguientes resultados: Datos del paciente.

En el año 2003 de un total de 2354 pacientes ingresados en el Hospital Pediátrico Tacubaya se presentaron 2 casos de pacientes con Síndrome de Kempe dando un porcentaje para ese año del 0.084% y una tasa de morbilidad de 84.9 por cada 100000 habitantes. (Tabla 1)

En el año 2004 de un total de 2456 pacientes ingresados en el Hospital Pediátrico Tacubaya se presentaron 2 casos de pacientes con Síndrome de Kempe dando un porcentaje para ese año del 0.081% y una tasa de morbilidad de 81.4 por cada 100000 habitantes. (Tabla 1)

En el año 2005 de un total de 2538 pacientes ingresados en el Hospital Pediátrico Tacubaya se presentaron 9 casos de pacientes con Síndrome de Kempe dando un porcentaje para ese año del 0.34% y una tasa de morbilidad de 354.6 por cada 100000 habitantes. (Tabla 1)

En el año 2006 de un total de 2725 pacientes ingresados en el Hospital Pediátrico Tacubaya se presentaron 7 casos de pacientes con Síndrome de Kempe dando un porcentaje para ese año del 0.256% y una tasa de morbilidad de 0.25% dando una tasa de morbilidad de 256.8 por cada 100000 habitantes. (Tabla 1)

En los últimos cuatro años, es decir del 2003 al 2006, se ingresaron un total de 10073 pacientes de los cuales 20 fueron por Síndrome de Kempe dando un porcentaje de 0.198% con una tasa de morbilidad de 198.5 casos por cada 100000 habitantes. (Tabla 2)

De acuerdo al número de casos por año se presentaron 2 en el 2003 dando un 10% del total de pacientes con Síndrome de Kempe del periodo de 2003 a 2006. Se presentaron 2 casos en el 2004 representando un 10%, 9 casos en el 2005 lo cual representa un 45% y finalmente en el 2006 7 pacientes dando el 35%. (Tabla 3. Grafica 1)

Se encontró que de acuerdo al sexo del paciente, el más afectado fue el masculino en un 70%. (Tabla 4. Gráfica 2)

El rango de edad en el que se presentó más el Síndrome de Kempe fue de 2 a 3 años en un 45%, seguidos en orden descendente por los menores de 1 año en un 25%, de 3 a 6 años en un 15%, de 7 a 12 años en un 10% y de 13 a 18 años en un 5%. (Tabla 5. Gráfica 3)

El sitio del cuerpo afectado del paciente con Síndrome de Kempe fue el Sistema Nervioso Central en un 45%, las extremidades en un 30%, los genitales en un 15% y la cara y cuello en un 10%. (Tabla 6. Gráfica 4)

Las principales complicaciones que presentó el paciente con Síndrome de Kempe fueron: Heridas, laceraciones, equimosis y quemaduras en diversas partes del cuerpo en un 40%, el traumatismo craneoencefálico grado 1 en un 25%, el

traumatismo craneoencefálico grado 2 y 3 en un 10% cada uno; el daño en genitales en un 10% y la fractura de huesos largos en un 5%.(Tabla 7. Gráfica 5)

Un 25% de los pacientes afectados con Síndrome de Kempe presento desnutrición.

Lo que se distribuye de la siguiente forma: Un 20% con desnutrición de primer grado, es decir con déficit ponderal del 10 al 15%. Y el 5% restante con desnutrición de tercer grado, es decir con déficit ponderal de más de 40%. (Tabla 8. Gráfica 6) (Tabla 9. Gráfica 7)

En un 40% de los pacientes con Síndrome de Kempe existía algún tipo de patología previa diferente al Síndrome de Kempe. Del total de éstos presentaron retraso psicomotor en un 25%, alguna malformación o deformidad (polidactilia, sindactilia, entre otras) en un 25%, alteraciones de la conducta o psiquiatría en un 25% (hiperactividad, cleptomanía), epilepsia en un 12.5% y glaucoma en un 12.5%. (Tabla 10. Gráfica 8) (Tabla 11. Gráfica 9)

En cuanto al tipo de maltrato se observó el maltrato físico en un 95% y el sexual en un 5%.(Tabla 12. Gráfica 10)

Datos del Agresor.

De acuerdo al sexo, los resultados indican que agredió de igual forma el hombre que la mujer en un 50% cada uno. (Tabla 13. Gráfica 11)

En cuanto a la edad, las personas que más agredieron fueron los jóvenes adultos de 15 a 25 años en un 50%, seguidos por los adultos de 26 a 35 años en un 30% y de 36 a 45 años en un 20%. No se registraron agresores mayores de 40 años. (Tabla 14. Gráfica 12)

La escolaridad que alcanzaron los agresores fue la siguiente en orden descendente: La secundaria en un 55%, la preparatoria o equivalente en un 20%, la primaria en un 10% y eran analfabetas un 10% de los agresores. (Tabla 15. Gráfica 13)

En relación al parentesco el padre fue la figura que más agredió en un 55%, seguido de la madre en un 30%, otros en un 10% y tíos en un 5%. (Tabla 16. Gráfica 14)

El nivel económico que presentaban los agresores fue bajo en un 85% es decir que en ese momento se encontraban sin ingresos o con menos de 2 salarios mínimos. El nivel económico medio se presentó en un 15%. No se registraron agresores con nivel económico alto. (Tabla 17. Gráfica 15)

El estado civil del agresor fue el siguiente: En un 40% eran solteros, 25% casados, 15% en unión libre, otro 15% viudos y un 5% divorciados. (Tabla 18. Gráfica 16)

La religión que más se registró fue la católica en un 95%, un 5% indicó no practicar ningún tipo. No se registraron agresores con religión cristiana, testigos de Jehová y otros. (Tabla 19. Gráfica 17)

El 65% de los agresores se encontraba desempleado y un 35% tenía empleo. (Tabla 20. Gráfica 18)

Un 50% de los agresores presentaban algún tipo de toxicomanía, entendiéndose ésta como dependencia psicofísica a alguna sustancia. De los cuales un 40% presentaron alcoholismo, un 30% consumo de cocaína, un 20% tabaquismo y un 10% marihuana. (Tabla 21. Gráfica 19) (Tabla 22. Gráfica 20)

El fenómeno desencadenante que mas se registró fue la mala atención en un 35%, seguido de patología de los padres en un 30% (principalmente del tipo de toxicomanías), por el trabajo en un 15%, por problemas económicos en un 10% y por patología del paciente en un 10%. (Tabla 23. Gráfica 21)

DISCUSION.

“Sólo vemos lo que conocemos” Goethe.

El maltrato infantil (MI) ha llegado a ser un problema que se incrementa en forma alarmante. Aun cuando no se tienen cifras precisas de la magnitud del mismo, se infiere que su presencia es cada vez más evidente.

En el presente estudio se observó que por año se diagnosticó del total de pacientes ingresados menos del 1%. Dando 0.084% para el 2003. 0.081% para el 2004, 0.34% para el 2005 y 0.25% para el 2006. Del total del periodo de estudio (2003 a 2006) se registraron solo 0.198% de casos de Síndrome de Kempe, lo que indica que no estamos diagnosticando el total de casos si tomamos en cuenta lo referido

en la literatura de que el 10% de cualquier comunidad pediátrica sufre agresión y de que sólo el 1% es diagnosticado.

Por ello que debemos implementar programas de detección oportuna y ser más juiciosos en nuestros diagnósticos. Para poder diagnosticarlo, es fundamental pensar en él; y olvidarnos de lo ilógico que resulta admitir que los padres (independientemente de la clase social a la que pertenezcan) maltraten a sus hijos o que uno de ellos encubra al que maltrata.

Los estudios realizados en varios países señalan que el Maltrato Infantil es un problema multicausal, en el que intervienen las características del agresor, el agredido, el medio ambiente que les rodea y un estímulo disparador de la agresión.

En relación con las características del menor agredido, frecuentemente se presentan: problemas de salud (congénitos o adquiridos); niños hiperactivos, en su difícil manejo, con bajo rendimiento escolar, y generalmente, hijos no deseados.

En el DIF, la PGJ y varios estudios de Loredó indican que el niño es el más afectado en comparación con la niña. Este patrón de afección es similar en nuestra población estudiada con un 70% en los niños en comparación con 30% en las niñas. Probablemente secundario a la cultura de nuestro país al considerar al sexo masculino como "más fuertes" y quizás a pensar que soportan más la agresión.

En México indican que el grupo de edad más afectado es el menor de 3 años. Nuestro estudio indica que en un 45% los más afectados son los lactantes de 2 a 3 años, seguidos en un 25% de menores de 1 año. En estas edades los pacientes dependen, para su sobrevivencia, totalmente de los padres, lo cual hace pensar en

que probablemente éstos últimos no tengan el grado de responsabilidad necesarios para el cuidado de los niños.

Las partes del cuerpo que reciben mas lesiones son cabeza, cara y cuello seguidos por miembros superiores, inferiores, tronco y abdomen. (Loredó). En nuestro estudio encontramos que el sitio más afectado es el Sistema Nervioso Central en un 45%, seguido de las extremidades en un 30%, los genitales en un 15% y la cara y cuello en un 10%. Lo cual pueda ser secundario a la altura del menor y por lo tanto a que la cabeza es lo más cercano a las manos del agresor, aunado a que es la que pesa más en esta edad y, las caídas y sacudidas pueden lesionarla con mayor frecuencia. En estudios previos no se mencionan los genitales, sin embargo llama la atención que se presenta en mayor medida que la cara y cuello. Haciendo pensar en que el grado de depravación sexual va en aumento en nuestra sociedad probablemente secundario a los medios de comunicación y la pérdida de valores dentro de la familia.

Dentro de las complicaciones que encontramos las más frecuente fueron las heridas, equimosis y quemaduras en diversas partes del cuerpo en un 40%, seguidas de traumatismos craneoencefálicos grado 1 en un 25%, el TCE G2 y 3 en un 10% cada uno. Lo que habla de que existe un gran riesgo de que éstos pacientes presenten alguna alteración de la función normal del SNC desde alteraciones en el aprendizaje, emocionales, de memoria, motoras, etc, en su etapa adulta.

La desnutrición se considera una forma de maltrato y en nuestro grupo de estudio se observo en un 25%. Distribuido de la siguiente forma, 20% de primer grado y 5%

de tercer grado probablemente secundarios a la carencia económica, la negligencia de los padres ante el cuidado del paciente, la ignorancia, la falta de responsabilidad y amor hacia el paciente.

La presencia de una malformación, automáticamente convierte al niño en menor de alto riesgo a padecer maltrato infantil ya que su presencia condiciona un problema emocional en los progenitores. El estudio reveló que en un 40% de los pacientes con Síndrome de Kempe existía algún tipo de patología previa diferente al Síndrome de Kempe. En un 25% presentaban retraso psicomotor, otro 25% alguna malformación o deformidad, otro 25% con alteraciones de la conducta un 12.5% epilepsia y un último 12.5 % glaucoma. Quizá las circunstancias que rodean al paciente y las expectativas de vida limitada desde el punto de vista de los padres aunado a la ignorancia y las limitaciones económicas condicionen que problemas emocionales en los progenitores provoquen que le causen daño al paciente.

Estudios de Loredo indican que el tipo de agresión más común es el físico. En nuestro estudio encontramos que éste se presentó en un 95% de los pacientes y el otro 5% fue de tipo sexual. Debemos tomar en cuenta que prácticamente todos los pacientes con algún tipo de maltrato tienen afectación psicológica sin embargo no diagnosticada porque en pocas instituciones se hace un examen psicológico obligatorio a los pacientes con Síndrome de Kempe.

Se describen algunas características del agresor, tales como: autoestima baja, individuos deprimidos o con tendencia a la depresión, neuróticos, ansiosos, alcohólicos, drogadictos, impulsivos, hostiles, con poca tolerancia a la frustración,

con una percepción inadecuada respecto al niño y con antecedentes de maltrato en su niñez.

De acuerdo al sexo del agresor, agredieron en un 50% tanto hombres como mujeres. Lo cual hace pensar que tanto hombres como mujeres están viviendo el mismo grado de estrés o reaccionan de forma similar.

Las personas que más agredieron fueron los jóvenes adultos de 15 a 25 años en un 50%. Agregando el nivel secundaria como la escolaridad que alcanzó el 55% de los agresores, el nivel económico bajo en el 85% y el desempleo en el 65% da lugar a el ambiente ideal para que se presente el Síndrome de Kempe por el grado de estrés que presenta el agresor, la inmadurez o falta de dominio propio, la falta de responsabilidad y oportunidades de subsistencia. Muy probablemente el nacimiento del paciente con Síndrome de Kempe fue del tipo no deseado. Todo esto se vio reflejado en el fenómeno desencadenante que en un 35% fue la mala atención al menor, seguido de patología paterna (del tipo de toxicomanías) en un 30%, problemas del trabajo en un 15%, problemas económicos en un 10% y patología del paciente en un 10%.

Se ha observado que el Síndrome de Kempe se presenta menos en personas que realizan algún tipo de convenio religioso o civil. En nuestro estudio el 40% de los agresores era soltero, 25% casados, 15% vivían en unión libre, 15% viudos y 5% divorciados. Lo que hace necesario considerar si alentar a la población a restaurar el núcleo familiar disminuiría la presencia de éste padecimiento.

Estudios de EEUU indican que la persona que más agrede es la madre, sin embargo Loredo indica lo contrario. En nuestro estudio observamos que la figura

que más agrede es el padre en un 55%, seguido de 30% de la madre, quizá por vivir aún con ideología machista. Por lo tanto un cambio de ideología en cuanto a que tiene el mismo valor un niño que un adulto, una mujer que un hombre podría disminuir la presencia de Síndrome de Kempe. Enseñando también que la autoridad no se ejerce con agresión.

La dependencia a drogas se presentó en el 50% de los agresores, de los cuales el 40% presentó alcoholismo. Se debe poner énfasis en el tratamiento y prevención de toxicomanías en adultos, jóvenes, adolescentes y niños.

Un estudio realizado en los EEUU, muestra que los abusos o abandonos cuando se es niño, aumentan la posibilidad de arresto en la adolescencia en un 53%, en un 38% durante la vida adulta, y en un 38% la posibilidad de llevar a cabo un crimen violento.

Es difícil estimar con precisión sus costos personales y sociales, pero éstos se ven reflejados a través de problemas psicológicos, adicciones, suicidios, presencia de enfermedades recurrentes, ausentismo laboral, dificultades en la escuela y la falta de satisfacción de las necesidades, principalmente las afectivas.

Debemos evitar en lo posible como sociedad en conjunto que sigan progresando los factores causales asociados. Es nuestra responsabilidad como médicos sospechar de Síndrome de Kempe ante la presencia de indicadores ya establecidos, no dejar ir a ningún niño sin antes realizar un diagnóstico certero dando aviso a las instancias gubernamentales correspondientes para que validen el diagnóstico y den respaldo jurídico al niño. Ya que de no realizar el diagnóstico oportuno ponemos el riesgo la vida del niño, su futuro y el futuro de nuestro país.

RECOMENDACIONES.

1. Realizar programas de Salud Pública de detección y tratamiento oportuno del Síndrome de Kempe en escuelas, empresas, hogares, es decir en todo el país.
2. Capacitar al personal de Salud sobre los indicadores para sospechar la presencia de niño maltratado.
3. Sospechar Síndrome de Kempe en todo niño con TCE, desnutrición, malformación y retraso psicomotor en la práctica clínica.
4. Implementar como obligatorio el estudio psicológico en todo niño ingresado a una unidad de salud.
5. Detectar y tratar a las personas potencialmente agresoras, es decir aquellas que tienen baja autoestima, deprimidos, neuróticos, ansiosos, alcohólicos, drogadictos, impulsivos, hostiles y con poca tendencia a la frustración.
6. Mejorar el nivel educativo del país, el económico y mejorar las oportunidades de empleo.
7. Crear un programa de gobierno que fomente una cultura de responsabilidad en el cuidado de los niños. Evitando entre otras cosas, programas violentos y con mensajes distorsionados sobre la sexualidad. Y por el contrario crear y fortalecer aquellos programas con valores familiares, poniendo especial énfasis de que “todo empieza en la casa”, es decir hacer conciencia de que el núcleo de una sociedad sana se encuentra en la familia y específicamente en el individuo. Fomentar la igualdad de personas, es decir, tiene el mismo

valor un niño y un adulto, un hombre y una mujer, una persona sana y una enferma, una pobre y una rica, una con educación y una sin la misma, y que no existe diferencia por el tipo de religión.

8. Acabar con la venta y consumo de drogas.
9. Llevar a cabo de forma efectiva el programa de Planificación Familiar, de educación sexual en las escuelas y sobre todo comenzar en la educación básica con el aprendizaje de valores familiares para evitar en lo posible los embarazos no deseados.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.

1. Rosalinda Santana-Tavira, M.C., (1) Roberto Sánchez-Ahedo, M.C., M. en E.M., (1) Emilio Herrera-Basto, M.C. (2). (1) El maltrato infantil. Profesor, Facultad de Medicina, Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM).

(2) Jefe de la Unidad de Investigación Nezahualcóyotl, Facultad de Medicina, UNAM. El maltrato infantil: un problema mundial Salud pública de México / vol.40, no.1, enero-febrero de 1998.

2. M^a.P. Gutiérrez Díez, M^a.J. Millán de las Heras, Servicio de Pediatría. H. Universitario de Getafe. Magistrada. Titular Juzgado Penal 12. Madrid.: Reconocimiento del maltrato infantil en el ámbito médico. Actuación prejudicial en Atención Primaria. Revista Pediatría de Atención Primaria Volumen II. Número 8. Octubre/diciembre 2000

3. Dr. Glaucio Cardoso Pinheiro, La detección oportuna del maltrato infantil, una "enfermedad social" Número 25, Año 2005, Ministerio de Salud. Publicado el Jueves, 01 de Diciembre de 2005.

4. 2001 UNICEF México. Violencia y maltrato. Violencia contra la niñez

5. Espinoza DDM, Basave FC, Valdes GJ .Traumatismo craneoencefálico en el niño maltratado. Experiencia en el Hospital Pediátrico Legaria. Estudio preliminar. *Acta Pediatr Mex* 1998; 19(5): 220.

6. Dr. Raúl D. Onostre Guerra* Síndrome de Kempe, abuso sexual, violación, incesto, lesiones genito-anales. Rev. Soc. Bol. Ped. 1999; 38 (Supl. 1): S19-S25

7. SÍNDROME DEL NIÑO MALTRATADO. DATOS ORTOPÉDICOS PROGRAMA DE ACTUALIZACION CONTINUA PARA MEDICOS GENERALES. ORTOPEDIA. páginas de la 19 a la 20. 2006

8. MALTRATO INFANTIL Y VIOLENCIA INTRAFAMILIAR: UN PROBLEMA DE TODOS. www.iin.oea.org/discurso_maltrato_infantil_ingles.htm

9. www.inegi.gob.mx 2006 INEGI

10. Dr. Arturo Loredo Abdalá; La violencia contra los niños y adolescentes. Enfoque pediátrico del problema . Coordinación de la Clínica de Atención Integral Niño maltratado. Instituto Nacional de Pediatría. Cainm_inp@hotmail.com. Congreso internacional de Derecho de la Familia, 22 al 24 de noviembre del 2005. Culturas y Sintemas Jurídicos Comparados.

11. Hugo D. Rodríguez Almada General Secretary of the Ibero-American Society of Medical Law, Non-accidental injuries in children: Common pitfalls and how to avoid them. Anil Aggrawal's Internet Journal of Forensic Medicine and Toxicology. Volume 6, Number 2, July - December 2005. Editorial. Bulevar Artigas 1515 C.P. 11200 Montevideo-Uruguay Email: <mailto:hrodrigu@mednet.org.uy>?

12. Juan Manuel Saucedo García Editor de Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social: Las múltiples formas de la violencia familiar. Rev Med IMSS 2002; 40 (4): 277-279.

13. Lic. Rita González Sábado. Lic. Alberto Martínez Cárdenas. PROFESORES ASISTENTES EN PSICOLOGIA DE LA SALUD; Dr. Manuel A. Núñez Ramírez ,Dra. Leonor Núñez Ramírez .PROFESORES INSTRUCTORES EN MEDICINA FAMILIAR. riar@golfo.grm.sld.cu ; Lic. Rita González Sábado Master en Ciencias en Medicina Natural y Tradicional. Carrera de Psicología 1981-1986 Diplomado en Intervención Familiar 2000 Diplomado en Conductas de Riesgo Infanto – juvenil 2001 Diplomado en Suicidio y Tanatología 1998 Entrenamientos en Psicoterapia Cognitiva 1996 Entrenamientos en Conductas Abusivas: alcohol, drogas y medicamentos 1996 Maestría en Ciencias 2000 – 2002. Maltrato Infantil . Manejo en el nivel comunitario. Monografías.com.

14 Dr. Sánchez-Ahedo R. *Médico familiar. Académico del Departamento de Medicina Familiar. Dr. Pacheco-Ríos A. ** . ** Pediatra Infectólogo, Posgraduado del Hospital infantil de México “Federico Gómez”. Jefe de la Unidad de Investigación “Nezahualcóyotl”. Maltrato Infantil Órgano Informativo del Departamento de Medicina Familiar.

15. Drs. Hugo Rodríguez, Tito País. Diagnóstico erróneo de síndrome de niño maltratado. Revista Médica de Uruguay. Sindicato Médico del Uruguay Boulevard Artigas 1515 - 11200 - Montevideo – Uruguay .TEL. (598 2) 401 47 01 - Fax. (598 2) 402 61 70. Hospital pediátrico Pereira Rossell de Montevideo durante los años 1994 y 1995.

16. Diccionario de Medicina Mosby, editorial Océano México, 2005. Índice letra D. Página 356.

17. Diccionario en lengua española Enciclopédico Universo. Fernández Editores México 2000. Índice letra E. Página 411.

18. Loredó-Abladá A, Reynés MJ, Carvajal RL, Martínez SC, Vidales BC, Villaseñor ZJ. Maltrato al menor: una urgencia médica y social que requiere atención multidisciplinaria, Bol Med Hosp. Infant Mex, 1999; 56: 130)

19. NORMA Oficial Mexicana NOM-031-SSA2-1999. para la atención a la salud del niño.

ANEXOS

TABLA 1. PORCENTAJE DE PACIENTES Y TASA DE MORBILIDAD DE SINDROME DE KEMPE POR AÑO DEL 2003 AL 2006 EN EL HOSPITAL PEDIATRICO TACUBAYA.

AÑO DE ESTUDIO	TOTAL DE PACIENTES POR AÑO	NUMERO DE CASOS DE SINDROME DE KEMPE POR AÑO	PORCENTAJE DE CASOS POR AÑO	TASA DE MORBILIDAD POR SINDROME DE KEMPE POR AÑO POR 100000
2003	2354	2	0.084	84.9
2004	2456	2	0.081	81.4
2005	2538	9	0.354	354.6
2006	2725	7	0.256	256.8

TABLA 2. PORCENTAJE DE PACIENTES Y TASA DE MORBILIDA TOTAL POR SINDROME DE KEMPE EN LOS ULTIMOS 4 AÑOS EN EL HOSPITAL PEDIATRICO TACUBAYA (2003 a 2006)

AÑOS DE ESTUDIO	TOTAL DE PACIENTES	NUMERO DE CASOS	PORCENTAJE DE CASOS	TASA DE MORBILIDAD POR SINDROME DE KEMPE EN LOS ULTIMOS 5 AÑOS POR 100000.
2003 A 2006	10073	20	0.198	198.5

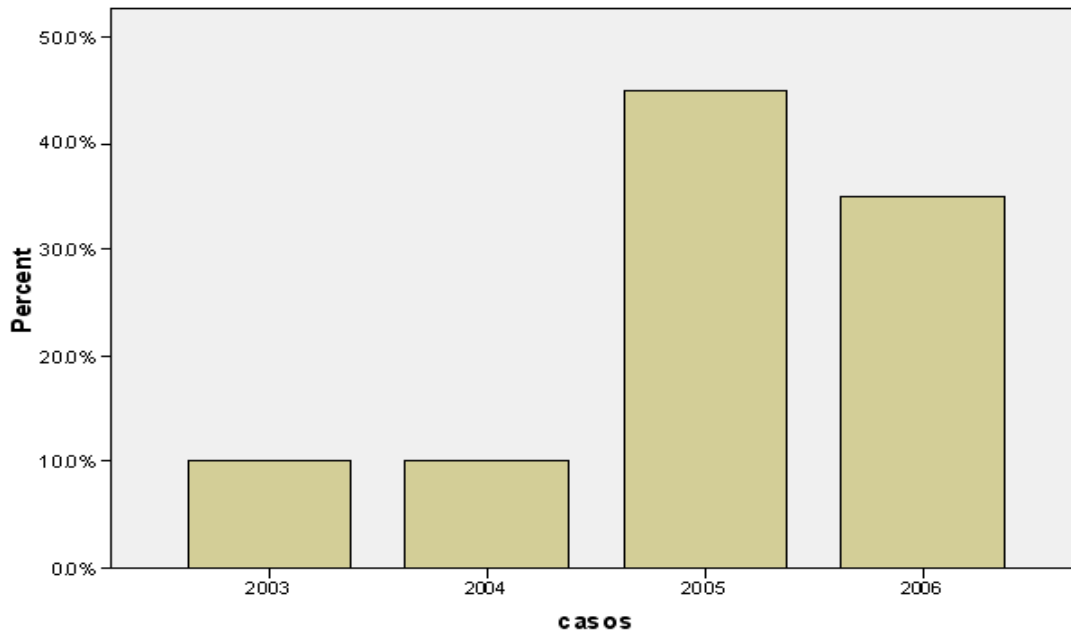
Tabla 3. Casos por año de Síndrome de Kempe de en el Hospital Pediátrico Tacubaya de 2003 a 2006

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 2003	2	10.0	10.0	10.0
2004	2	10.0	10.0	20.0
2005	9	45.0	45.0	65.0
2006	7	35.0	35.0	100.0
Total	20	100.0	100.0	

Fuente: Concentrado y análisis de información de expedientes clínicos de pacientes con Síndrome de Kempe, en el programa SPSS 15.

GRAFICA 1.

Casos por año de Síndrome de Kempe en el Hospital Pediátrico Tacubaya de 2003 a 2006



Fuente: Concentrado y análisis de información de expedientes clínicos de pacientes con Síndrome de Kempe, en el programa SPSS 15.

Tabla 4. Sexo del paciente con Síndrome de Kempe en el Hospital Pediátrico Tacubaya de 2003 a 2006.

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid femenino	6	30.0	30.0	30.0
masculino	14	70.0	70.0	100.0
Total	20	100.0	100.0	

Fuente: Concentrado y análisis de información de expedientes clínicos de pacientes con Síndrome de Kempe, en el programa SPSS 15.

GRAFICA 2

SEXO DEL PACIENTE CON SINDROME DE KEMPE EN EL



Fuente: Concentrado y análisis de información de expedientes clínicos de pacientes con Síndrome de Kempe,

en el programa SPSS 15.

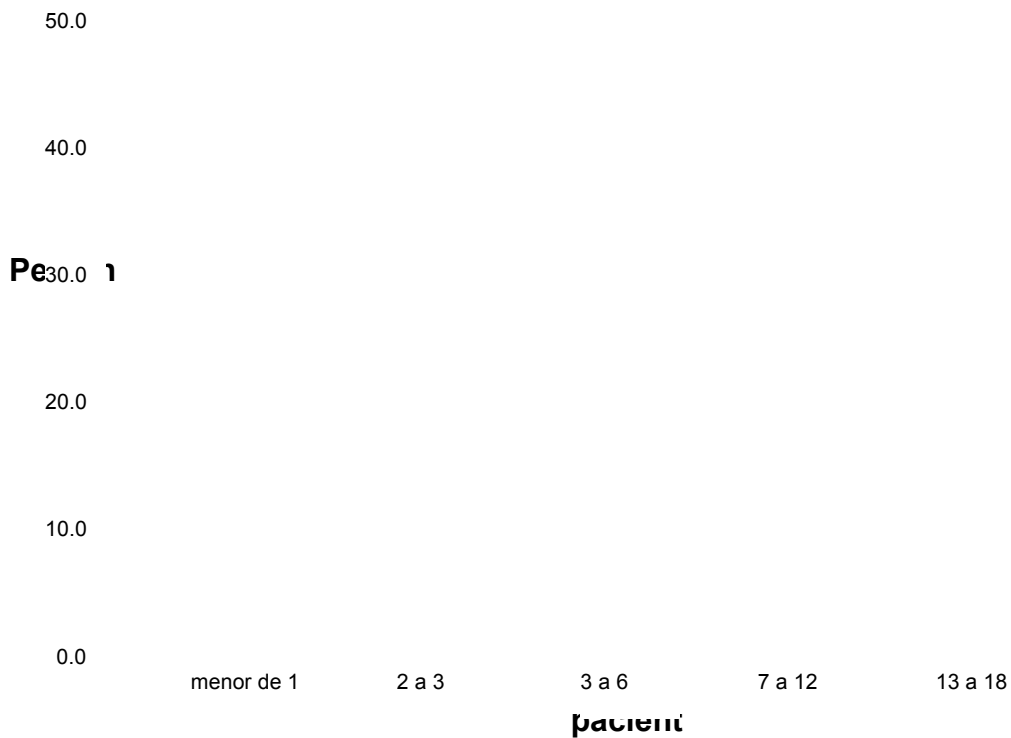
Tabla 5. Edad del paciente con Síndrome de Kempe en el Hospital Pediátrico Tacubaya de 2003 a 2006.

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid menor de 1 año	5	25.0	25.0	25.0
2 a 3 años	9	45.0	45.0	70.0
3 a 6 años	3	15.0	15.0	85.0
7 a 12 años	2	10.0	10.0	95.0
13 a 18 años	1	5.0	5.0	100.0
Total	20	100.0	100.0	

Fuente: Concentrado y análisis de información de expedientes clínicos de pacientes con Síndrome de Kempe, en el programa SPSS 15.

GRAFICA 3

Edad del paciente con síndrome de kempe en el Hospital pediátrico de 2003 a



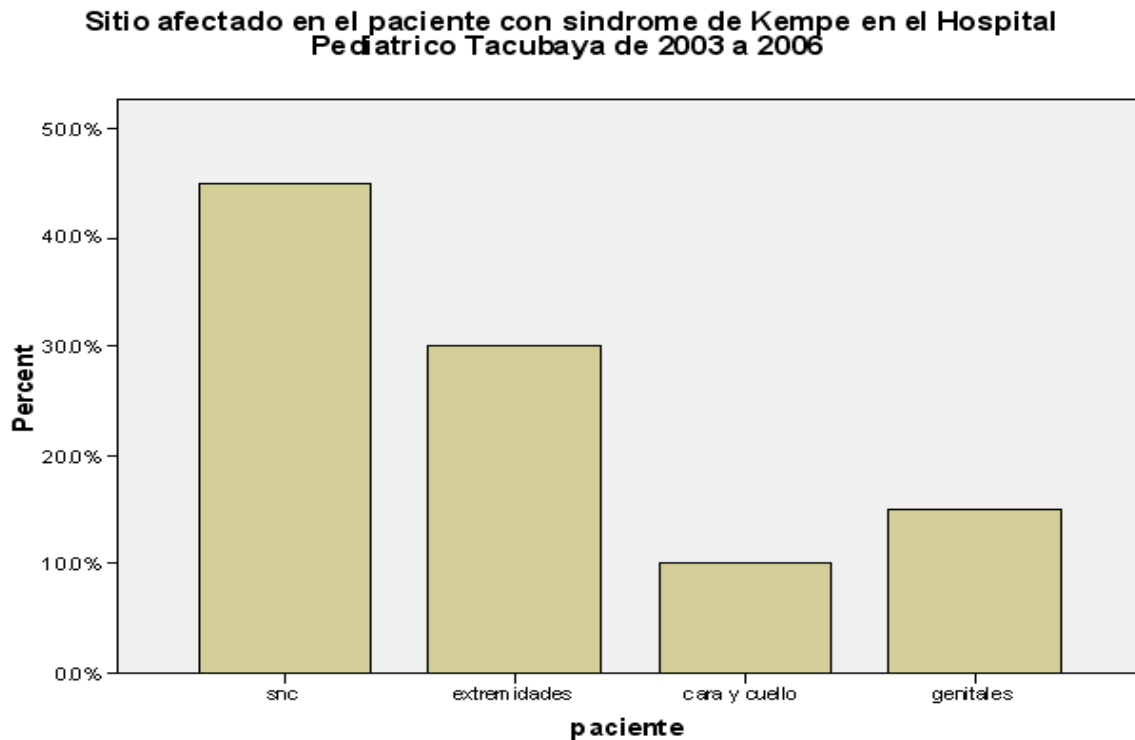
Fuente: Concentrado y análisis de información de expedientes clínicos de pacientes con Síndrome de Kempe, en el programa SPSS 15

Tabla 6. Sitio del cuerpo afectado del paciente con Síndrome de Kempe en el Hospital Pediátrico Tacubaya de 2003 a 2006

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Snc	9	45.0	45.0	45.0
	extremidades	6	30.0	30.0	75.0
	cara y cuello	2	10.0	10.0	85.0
	Genitales	3	15.0	15.0	100.0
	Total	20	100.0	100.0	

Fuente: Concentrado y análisis de información de expedientes clínicos de pacientes con Síndrome de Kempe, en el programa SPSS 15.

GRAFICA 4.



Fuente: Concentrado y análisis de información de expedientes clínicos de pacientes con Síndrome de Kempe, en el programa SPSS 15.

Tabla 7. Principales complicaciones en el paciente con Síndrome de Kempe en el Hospital Pediátrico Tacubaya de 2003 a 2006.

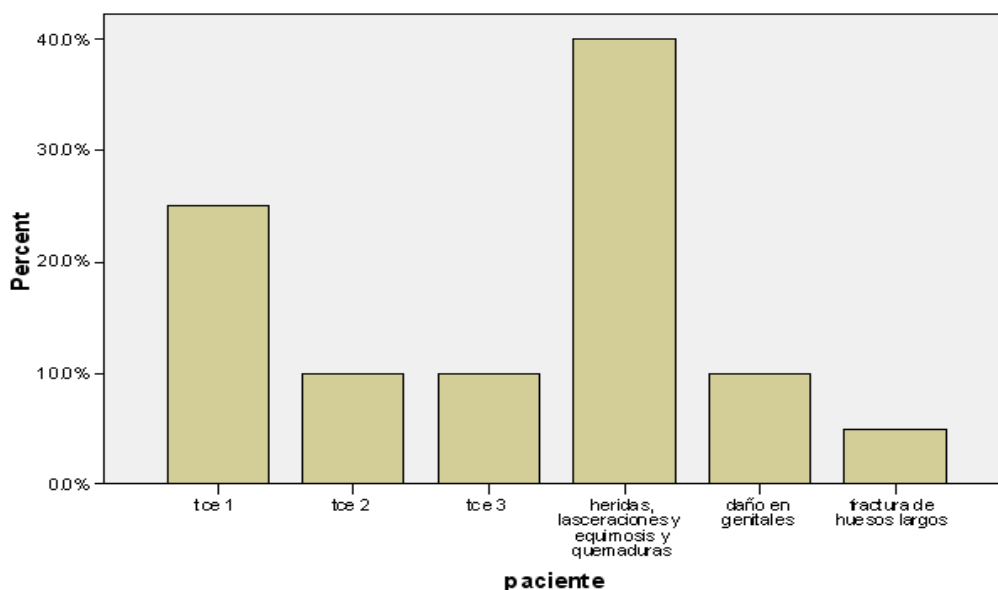
	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
--	-----------	---------	---------------	--------------------

Valid	tce 1	5	25.0	25.0	25.0
	tce 2	2	10.0	10.0	35.0
	tce 3	2	10.0	10.0	45.0
	heridas, laceraciones y equimosis y quemaduras	8	40.0	40.0	85.0
	daño en genitales	2	10.0	10.0	95.0
	fractura de huesos largos	1	5.0	5.0	100.0
	Total	20	100.0	100.0	

Fuente: Concentrado y análisis de información de expedientes clínicos de pacientes con Síndrome de Kempe, en el programa SPSS 15.

GRAFICA 5.

Principales complicaciones en el Paciente con Síndrome de Kempe en el Hospital Pediátrico Tacubaya de 2003 a 2006



Fuente: Concentrado y análisis de información de expedientes clínicos de pacientes con Síndrome de Kempe, en el programa SPSS 15.

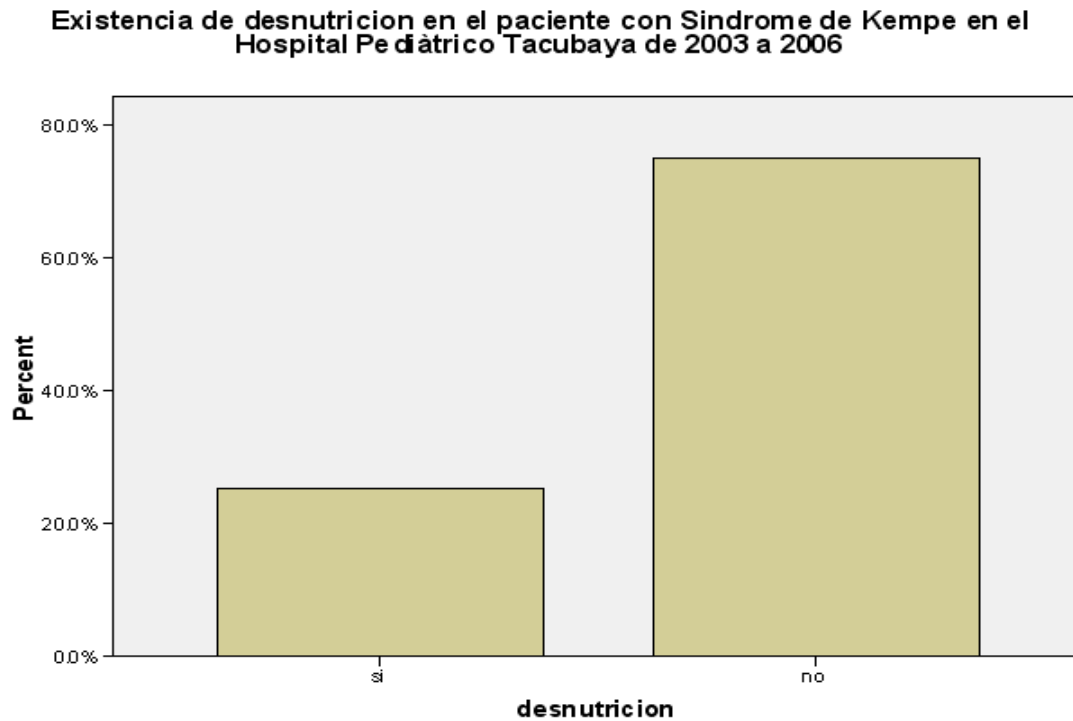
Tabla 8. Existencia de desnutrición en el paciente con Síndrome de Kempe en el Hospital Pediátrico Tacubaya de 2003 a 2006.

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Si	5	25.0	25.0	25.0

no	15	75.0	75.0	100.0
Total	20	100.0	100.0	

Fuente: Concentrado y análisis de información de expedientes clínicos de pacientes con Síndrome de Kempe, en el programa SPSS 15.

GRAFICA 6.



Fuente: Concentrado y análisis de información de expedientes clínicos de pacientes con Síndrome de Kempe, en el programa SPSS 15.

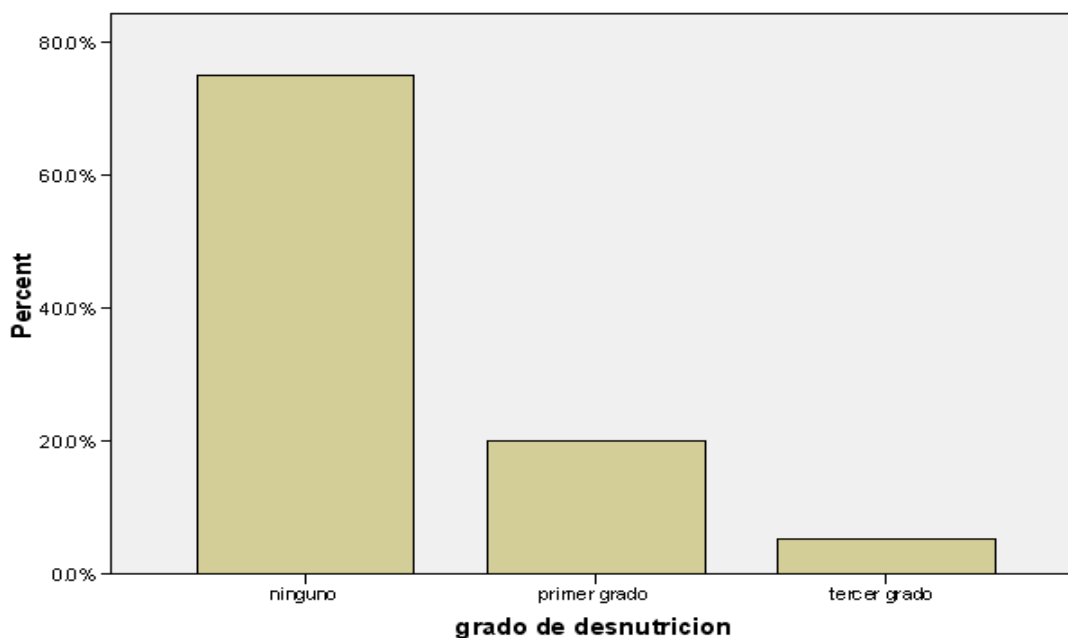
Tabla 9. Grado de desnutrición en el paciente con síndrome de Kempe en el Hospital Pediátrico Tacubaya de 2003 al 2006.

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ninguno	15	75.0	75.0	75.0
	primer grado	4	20.0	20.0	95.0
	tercer grado	1	5.0	5.0	100.0
	Total	20	100.0	100.0	

Fuente: Concentrado y análisis de información de expedientes clínicos de pacientes con Síndrome de Kempe, en el programa SPSS 15.

GRAFICA 7.

Grado de desnutrición en el Síndrome de Kempe en el Hospital Pediátrico Tacubaya de 2003 a 2006



Fuente: Concentrado y análisis de información de expedientes clínicos de pacientes con Síndrome de Kempe, en el programa SPSS 15.

Tabla 10. Existencia de patología previa en el paciente con Síndrome de Kempe en el Hospital Pediátrico Tacubaya de 2003 a 2006.

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Si	8	40.0	40.0	40.0
No	12	60.0	60.0	100.0
Total	20	100.0	100.0	

Fuente: Concentrado y análisis de información de expedientes clínicos de pacientes con Síndrome de Kempe, en el programa SPSS 15.

GRAFICA 8



Fuente: Concentrado y análisis de información de expedientes clínicos de pacientes con Síndrome de Kempe, en el programa SPSS 15.

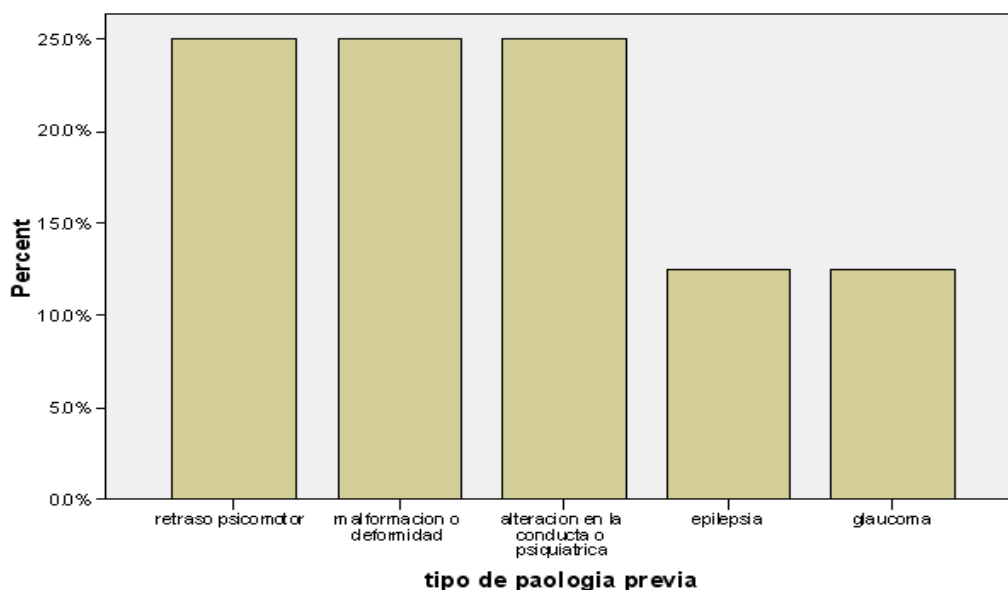
Tabla 11. Tipo de patología previa del paciente con Síndrome de Kempe en el Hospital Pediátrico Tacubaya de 2003 a 2006.

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	retraso psicomotor	2	10.0	25.0	25.0
	malformacion o deformidad	2	10.0	25.0	50.0
	alteracion en la conducta o psiquiatrica	2	10.0	25.0	75.0
	Epilepsia	1	5.0	12.5	87.5
	Glaucoma	1	5.0	12.5	100.0
	Total	8	40.0	100.0	
Missing	System	12	60.0		
Total		20	100.0		

Fuente: Concentrado y análisis de información de expedientes clínicos de pacientes con Síndrome de Kempe, en el programa SPSS 15.

GRAFICA 9

Tipo de patologia previa en el Síndrome de Kempe en el Hospital Pediatrico Tacubaya de 2003 a 2006



Fuente: Concentrado y análisis de información de expedientes clínicos de pacientes con Síndrome de Kempe, en el programa SPSS 15.

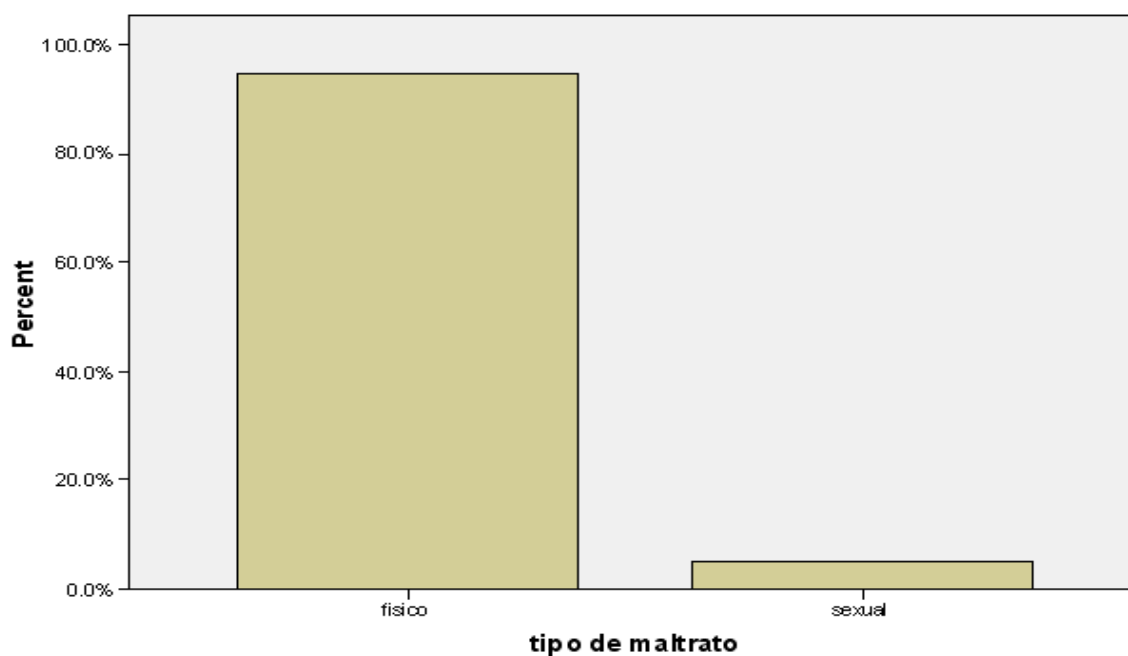
Tabla 12. Tipo de maltrato en el paciente con Síndrome de Kempe en el Hospital Pediátrico Tacubaya de 2003 a 2006.

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid fisico	19	95.0	95.0	95.0
sexual	1	5.0	5.0	100.0
Total	20	100.0	100.0	

Fuente: Concentrado y análisis de información de expedientes clínicos de pacientes con Síndrome de Kempe, en el programa SPSS 15.

GRAFICA 10

Tipo de maltrato en el paciente con Síndrome de Kempe en el Hospital Pediátrico Tacubaya de 2003 a 2006.



Fuente: Concentrado y análisis de información de expedientes clínicos de pacientes con Síndrome de Kempe, en el programa SPSS 15.

Tabla 13. Sexo del agresor en el Síndrome de Kempe en el Hospital Pediátrico Tacubaya de 2003 a 2006

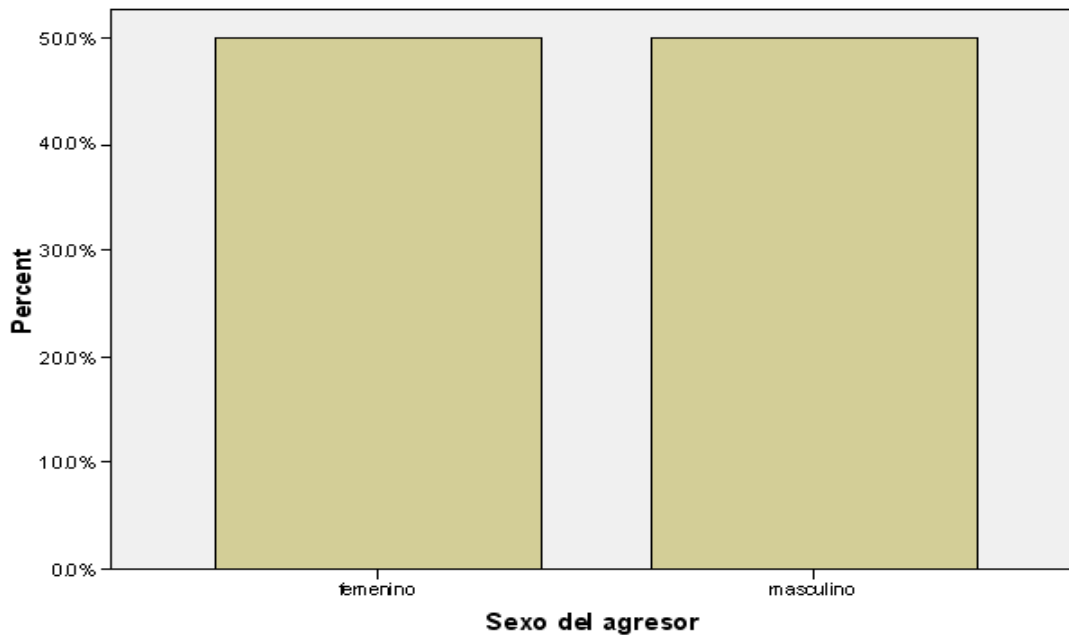
	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid femenino	10	50.0	50.0	50.0

masculino	10	50.0	50.0	100.0
Total	20	100.0	100.0	

Fuente: Concentrado y análisis de información de expedientes clínicos de pacientes con Síndrome de Kempe, en el programa SPSS 15.

GRAFICA 11

Sexo del agresor en el Síndrome de Kempe en el Hospital Pediátrico Tacubaya de 2003 a 2006



Fuente: Concentrado y análisis de información de expedientes clínicos de pacientes con Síndrome de Kempe, en el programa SPSS 15.

Tabla 14. Edad del agresor en el Síndrome de Kempe en el Hospital Pediátrico Tacubaya de 2003 a 2006

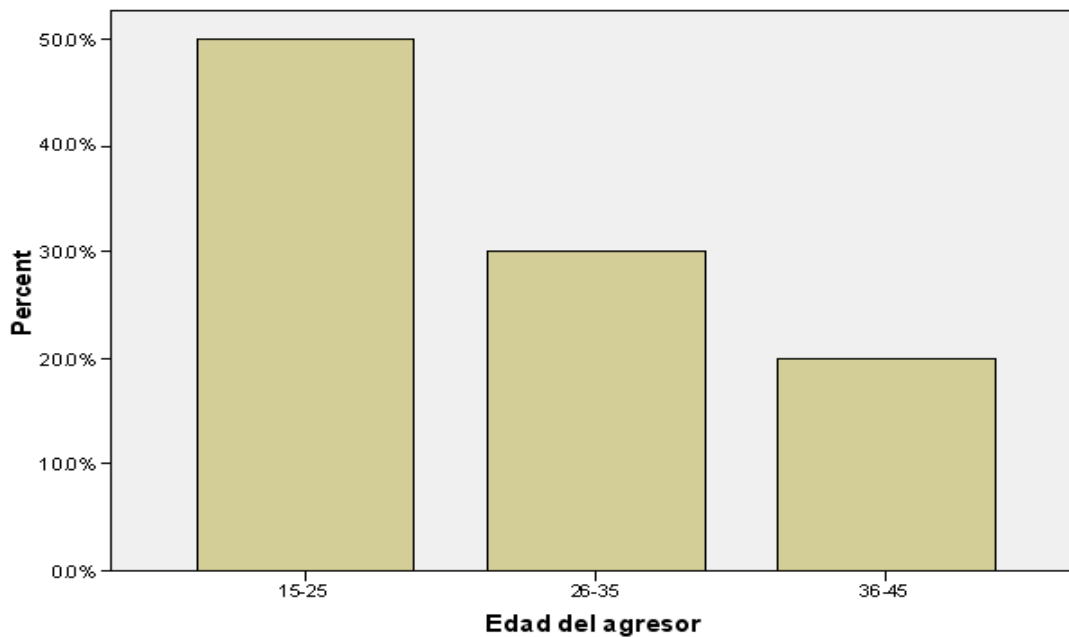
	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 15-25	10	50.0	50.0	50.0
26-35	6	30.0	30.0	80.0

36-45	4	20.0	20.0	100.0
Total	20	100.0	100.0	

Fuente: Concentrado y análisis de información de expedientes clínicos de pacientes con Síndrome de Kempe, en el programa SPSS 15.

GRAFICA 12

Edad del agresor en el Síndrome de Kempe en el Hospital Pediátrico Tacubaya de 2003 a 2006



Fuente: Concentrado y análisis de información de expedientes clínicos de pacientes con Síndrome de Kempe, en el programa SPSS 15.

Tabla 15. Escolaridad del agresor en el Síndrome de Kempe en el Hospital Pediátrico Tacubaya de 2003 a 2006

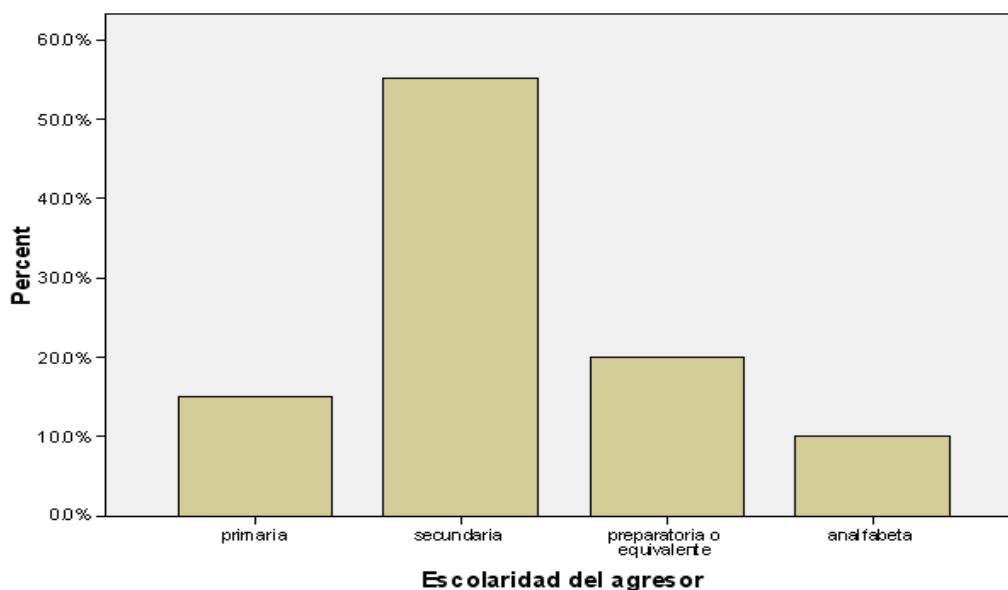
	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid primaria	3	15.0	15.0	15.0
secundaria	11	55.0	55.0	70.0

preparatoria o equivalente	4	20.0	20.0	90.0
analfabeta	2	10.0	10.0	100.0
Total	20	100.0	100.0	

Fuente: Concentrado y análisis de información de expedientes clínicos de pacientes con Síndrome de Kempe, en el programa SPSS 15.

GRAFICA 13.

Escolaridad del agresor en el Síndrome de Kempe en el Hospital Pediátrico Tacubaya de 2003 a 2006



Fuente: Concentrado y análisis de información de expedientes clínicos de pacientes con Síndrome de Kempe, en el programa SPSS 15.

Tabla 16. Parentesco del agresor con el paciente en el Síndrome de Kempe en el Hospital Pediátrico Tacubaya de 2003 a 2006.

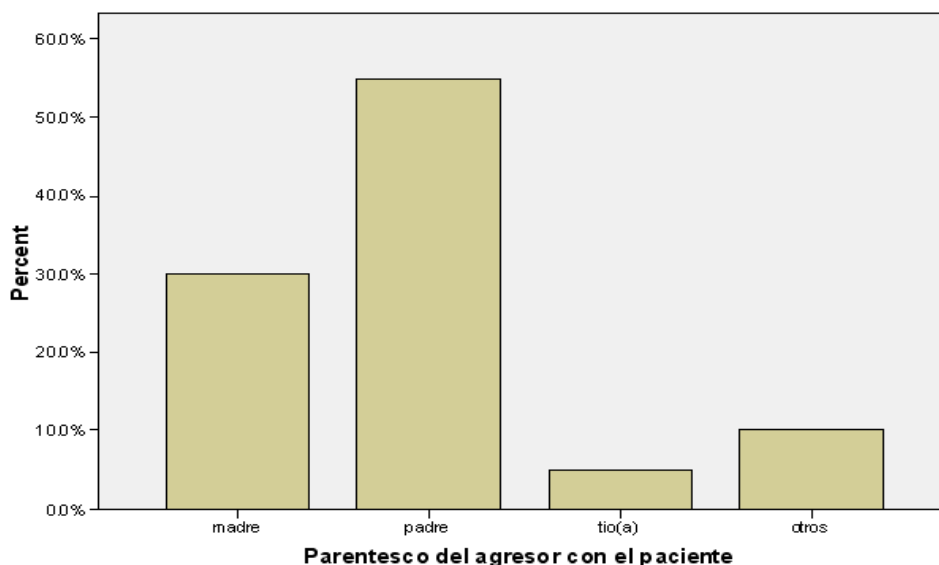
	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid madre	6	30.0	30.0	30.0
padre	11	55.0	55.0	85.0
tio(a)	1	5.0	5.0	90.0

otros	2	10.0	10.0	100.0
Total	20	100.0	100.0	

Fuente: Concentrado y análisis de información de expedientes clínicos de pacientes con Síndrome de Kempe, en el programa SPSS 15.

GRAFICA 14.

Parentesco del agresor en el Síndrome de Kempe en el Hospital Pediátrico Tacubaya de 2003 a 2006



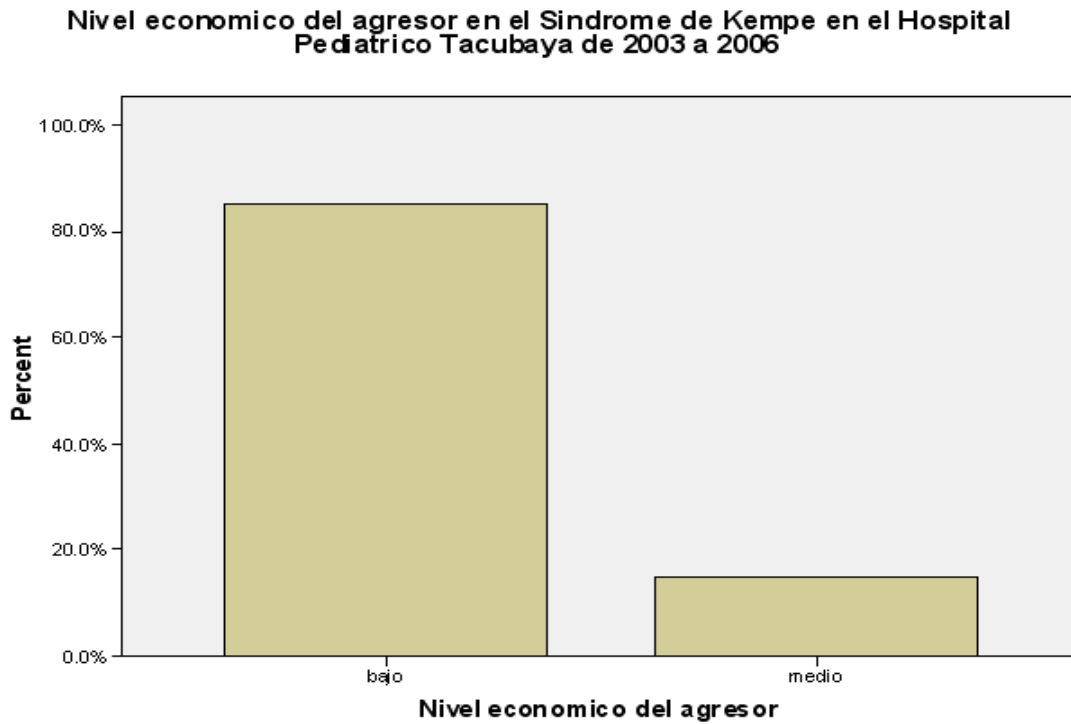
Fuente: Concentrado y análisis de información de expedientes clínicos de pacientes con Síndrome de Kempe, en el programa SPSS 15.

Tabla 17. Nivel económico del agresor en el Síndrome de Kempe en el Hospital Pediátrico Tacubaya de 2003 a 2006.

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid bajo	17	85.0	85.0	85.0
medio	3	15.0	15.0	100.0
Total	20	100.0	100.0	

Fuente: Concentrado y análisis de información de expedientes clínicos de pacientes con Síndrome de Kempe, en el programa SPSS 15.

GRAFICA 15.



Fuente: Concentrado y análisis de información de expedientes clínicos de pacientes con Síndrome de Kempe, en el programa SPSS 15.

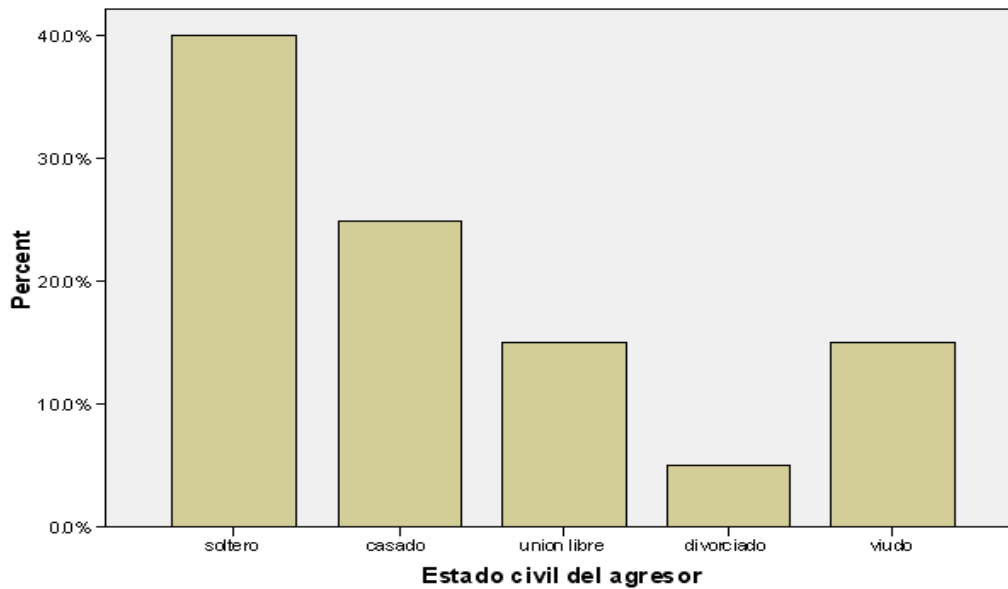
**Tabla 18. Estado civil del agresor en el Síndrome de Kempe en el Hospital
Pediátrico Tacubaya de 2003 a 2006.**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid soltero	8	40.0	40.0	40.0
casado	5	25.0	25.0	65.0
unión libre	3	15.0	15.0	80.0
divorciado	1	5.0	5.0	85.0
viudo	3	15.0	15.0	100.0
Total	20	100.0	100.0	

Fuente: Concentrado y análisis de información de expedientes clínicos de pacientes con Síndrome de Kempe, en el programa SPSS 15.

GRAFICA 16.

Estado Civil del agresor en el Síndrome de Kempe en el Hospital Pediátrico Tacubaya de 2003 a 2006



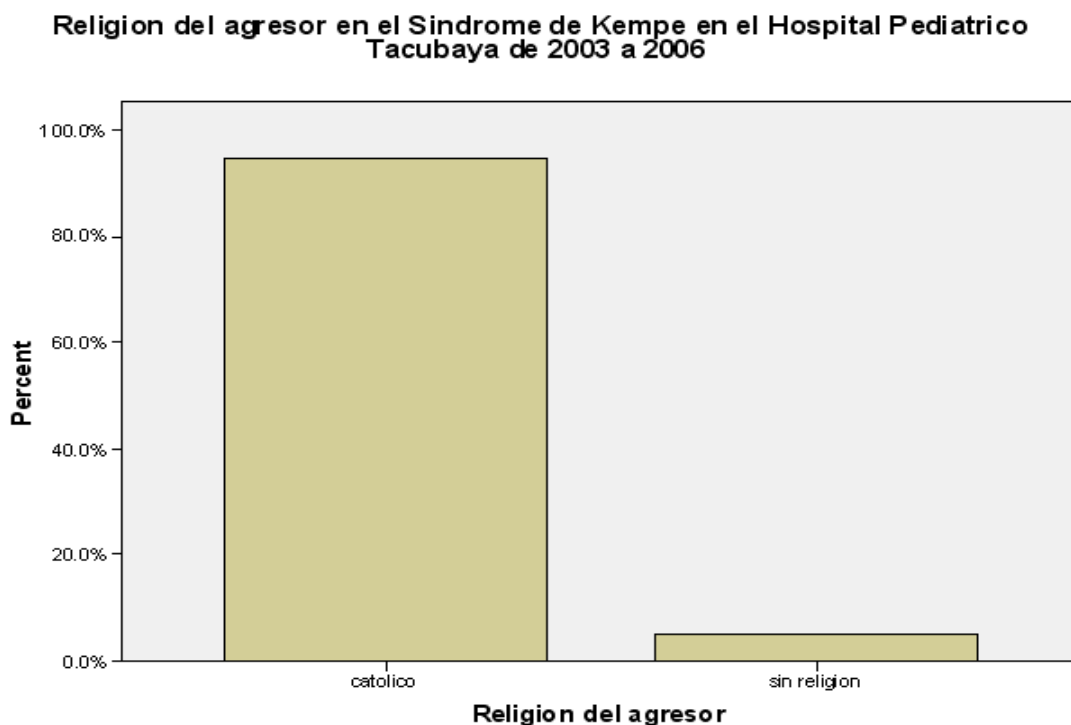
Fuente: Concentrado y análisis de información de expedientes clínicos de pacientes con Síndrome de Kempe, en el programa SPSS 15.

Tabla 19. Religión del agresor en el Síndrome de Kempe en el Hospital Pediátrico Tacubaya de 2003 a 2006.

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid católico	19	95.0	95.0	95.0
sin religión	1	5.0	5.0	100.0
Total	20	100.0	100.0	

Fuente: Concentrado y análisis de información de expedientes clínicos de pacientes con Síndrome de Kempe, en el programa SPSS 15.

GRAFICA 17.



Fuente: Concentrado y análisis de información de expedientes clínicos de pacientes con Síndrome de Kempe, en el programa SPSS 15.

Tabla 20. Desempleo del agresor en el Síndrome de Kempe en el Hospital Pediátrico Tacubaya de 2003 a 2006.

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid empleado	7	35.0	35.0	35.0
desempleado	13	65.0	65.0	100.0
Total	20	100.0	100.0	

Fuente: Concentrado y análisis de información de expedientes clínicos de pacientes con Síndrome de Kempe, en el programa SPSS 15

GRAFICA 18.

Desempleo del agresor en el Síndrome de Kempe en el Hospital Pediátrico Tacubaya de 2003 a 2006



Fuente: Concentrado y análisis de información de expedientes clínicos de pacientes con Síndrome de Kempe, en el programa SPSS 15.

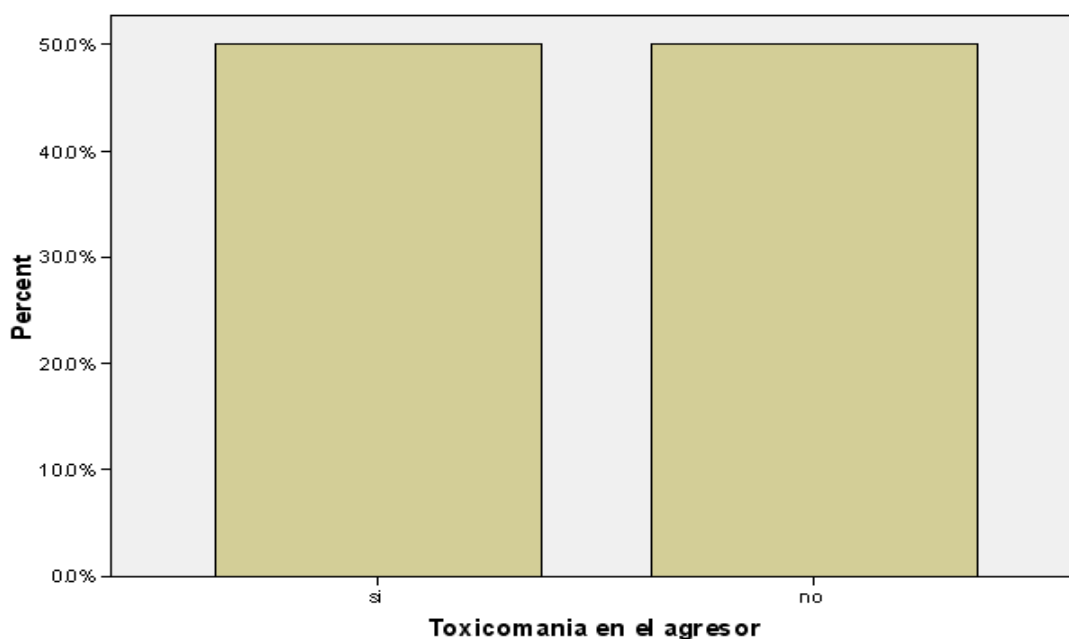
Tabla 21. Toxicomanía en el agresor en el Síndrome de Kempe en el Hospital Pediátrico Tacubaya de 2003 a 2006

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Si	10	50.0	50.0	50.0
	No	10	50.0	50.0	100.0
	Total	20	100.0	100.0	

Fuente: Concentrado y análisis de información de expedientes clínicos de pacientes con Síndrome de Kempe, en el programa SPSS 15.

GRAFICA 19.

Existencia de toxicomania en el agresor en el Síndrome de Kempe en el Hospital Pediátrico Tacubaya de 2003 a 2006



Fuente: Concentrado y análisis de información de expedientes clínicos de pacientes con Síndrome de Kempe, en el programa SPSS 15.

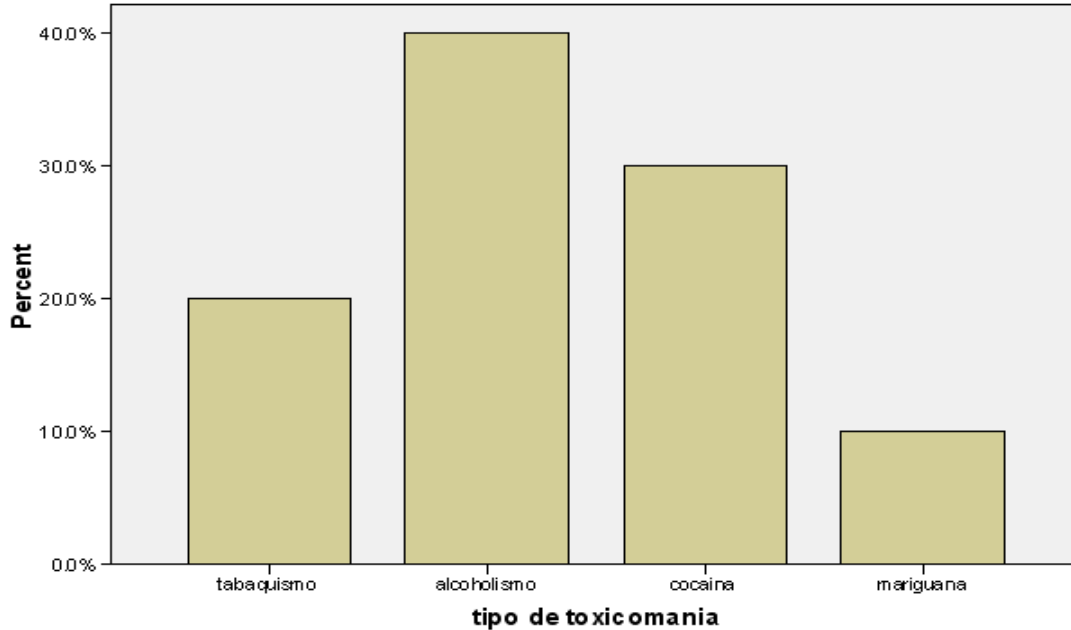
Tabla 22. Tipo de toxicomanía que presenta el agresor en el Síndrome de Kempe en el Hospital Pediátrico Tacubaya de 2003 a 2006.

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid				
tabaquismo	2	10.0	20.0	20.0
alcoholismo	4	20.0	40.0	60.0
cocaína	3	15.0	30.0	90.0
Marihuana	1	5.0	10.0	100.0
Total	10	50.0	100.0	
Missing				
System	10	50.0		
Total	20	100.0		

Fuente: Concentrado y análisis de información de expedientes clínicos de pacientes con Síndrome de Kempe, en el programa SPSS 15.

GRAFICA. 20.

Tipo de toxicomania que presenta el agresor en el Síndrome de Kempe en el Hospital Pediátrico Tacubaya de 2003 a 2006



Fuente: Concentrado y análisis de información de expedientes clínicos de pacientes con Síndrome de Kempe, en el programa SPSS 15.

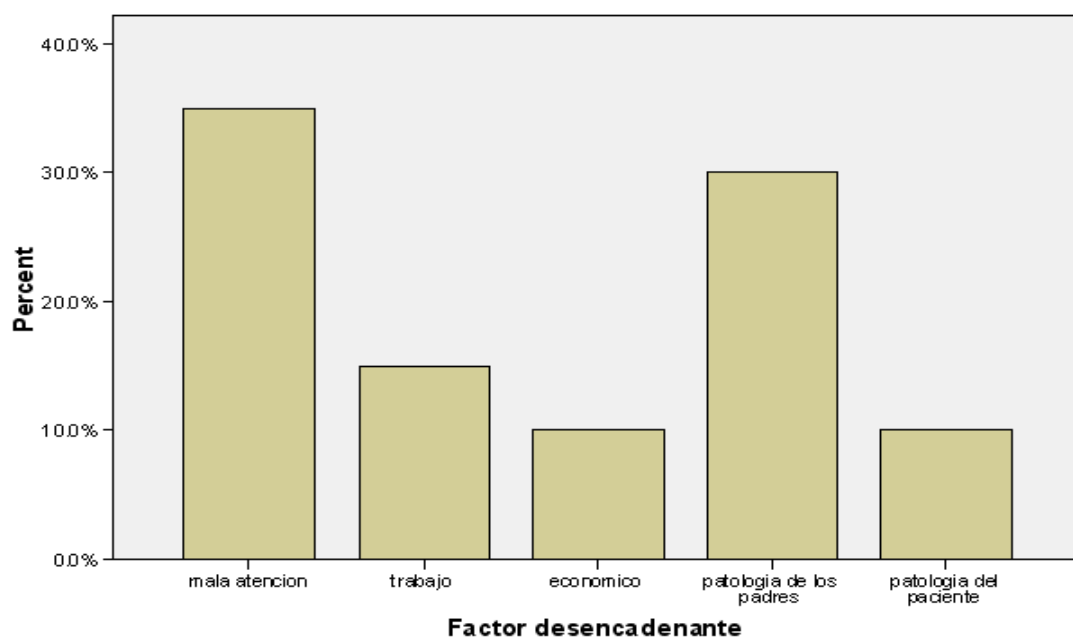
Tabla 23. Factor desencadenante en el Síndrome de Kempe en el Hospital Pediátrico Tacubaya de 2003 a 2006.

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid mala atención	7	35.0	35.0	35.0
Trabajo	3	15.0	15.0	50.0
Económico	2	10.0	10.0	60.0
patología de los padres	6	30.0	30.0	90.0
patología del paciente	2	10.0	10.0	100.0
Total	20	100.0	100.0	

Fuente: Concentrado y análisis de información de expedientes clínicos de pacientes con Síndrome de Kempe, en el programa SPSS 15.

GRAFICA 21.

Factor desencadenante en el Síndrome de Kempe en el Hospital Pediátrico Tacubaya de 2003 a 2006



Fuente: Concentrado y análisis de información de expedientes clínicos de pacientes con Síndrome de Kempe, en el programa SPSS 15.