



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN

SECRETARÍA DE SALUD DEL DISTRITO FEDERAL

DIRECCIÓN DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN

SUBDIRECCIÓN DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN

CURSO UNIVERSITARIO DE ESPECIALIZACIÓN EN

MEDICINA LEGAL



***“MALTRATO FÍSICO EN PACIENTES DEL HOSPITAL PEDIÁTRICO COYOACÁN DE
ENERO 2004 A DICIEMBRE 2008”***

TRABAJO DE INVESTIGACIÓN SOCIOMÉDICA

PRESENTADO POR

DRA. BÁRBARA LIZBETH GARCÍA BARZOLA

PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN

MEDICINA LEGAL

DIRECTORES DE TESIS

DRA. XOCHITL HERNÁNDEZ PRUDENCIO

DR. VICTOR HUGO SOTO FLORES

-- 2010 --



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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.

**MALTRATO FÍSICO EN PACIENTES DEL HOSPITAL PEDIÁTRICO
COYOACÁN DE ENERO 2004 A DICIEMBRE 2008**

Dra. Bárbara Lizbeth García Barzola

Vo. Bo.

Dr. Víctor Hugo Soto Flores

Profesor Titular del Curso de Especialización
en Medicina Legal.

Vo. Bo.

Dr. Antonio Fraga Mouret

Director de Educación e Investigación.

**MALTRATO FÍSICO EN PACIENTES DEL HOSPITAL PEDIÁTRICO
COYOACÁN DE ENERO 2004 A DICIEMBRE 2008**

Dra. Bárbara Lizbeth García Barzola

Vo. Bo.

Dra. Xochitl Hernández Prudencio

Directora de Tesis

Coordinadora Territorial Zona Sur

Agencia de Ministerio Público No. 3 Coyoacán

A mi familia que siempre me ha respaldado y a quien debo mis logros,
a todos mis amigos que paso a paso en la vida han estado junto a mi en todo momento,
a mis compañeros de trabajo, que enriquecen con sus valiosas opiniones mi aprendizaje,
a mis profesores, que sin sus conocimientos sería imposible ser quien soy,
y en un lugar muy especial, a todas las víctimas de violencia,
cuya vida está teñida de una sensación de normalidad y que
sueñan con algo diferente pero intangible por sus lágrimas,
acosadas por ese dolor al que casi todos han ensordecido...
no están solas,
pues siempre habrá alguien que pueda ayudarlas...

Voltea y mírame...

(por B. Lizbeth García Barzola)

Al pasar los años y pensar en mi
tuve que mirarme al espejo
y olvidar todo rencor que le tenía a la vida,
me di cuenta que el sufrimiento no era más que un instante
en la historia de mi vida:

Papá, ¡Voltea y mírame, no extingas con tu mano el amor que siento por ti!
Mamá, ¡Voltea y escúchame, que mi sollozo no sea ignorado por tu ira sin razón!

Sabía que la próxima vez que me llevaras a dormir,
mis ojos jamás se volverían a abrir...
y lo único en que podía pensar es que me había quedado sin palabras

para decirte lo mucho que te amé... aún sin entender por qué lo hacías.

ÍNDICE

RESUMEN	
I. INTRODUCCIÓN	1
II. MATERIAL Y MÉTODOS	5
III. RESULTADOS	7
IV. DISCUSIÓN	19
V. CONCLUSIONES	22
VI. RECOMENDACIONES	24
VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	27

RESUMEN

Para obtener el tipo de lesiones y la frecuencia en que ocurren en los casos de Probable Maltrato Infantil, se realizó una investigación en expedientes clínicos del Hospital Pediátrico Coyoacán de pacientes entre 0 y 10 años, en el periodo 2004 a 2008. Se revisaron los expedientes del archivo clínico, de donde se obtuvieron 52 expedientes mismos que fueron clasificados en 3 grupos: el primero de 9 casos que tenían el diagnóstico de Probable Maltrato Infantil o Síndrome de Kempe, el segundo de 16 casos con diagnóstico de ingreso por causas traumáticas en cuyas notas médicas se mencionó la posibilidad de estar ante éste fenómeno, y el tercero con 27 casos que resultaron sospechosos por el mecanismo de lesión. Una vez que las características de cada expediente fue colectada en el formato de captura y su posterior análisis cuali-cuantitativo, fue claro que éste fenómeno afecta con mayor frecuencia a los infantes en sus primeros tres años de vida. Las lesiones más frecuentemente encontradas en las víctimas fueron las equimosis seguidas de las excoriaciones y fracturas. Además de la revisión de otros factores que acompañan el fenómeno como el sexo del agresor, su edad, ocupación, nivel de estudios y el lugar y horario de ocurrencia del evento dejaron al descubierto que se trata de un fenómeno multifactorial tan complejo que requiere mejorar las técnicas de abordaje así como la resolución por el bien de las víctimas.

Palabras clave: Síndrome de Kempe, maltrato infantil, Violencia Intrafamiliar.

I. INTRODUCCIÓN

La violencia contra los menores es un problema que ha transitado a lo largo de la historia, desde la antigüedad hasta nuestros días, en términos de concepciones muy diversas. En civilizaciones remotas los niños carecían de la concesión más elemental que es el derecho a vivir: podían ser sacrificados por sus propios padres como ofrenda a las divinidades, y una práctica habitual era el infanticidio para ocultar el nacimiento de hijos ilegítimos o con deformidades; igualmente, podían sufrir abandono o ser vendidos como esclavos.¹ Tuvieron que pasar muchos años para considerar el bienestar de los menores dentro de un marco legal que establece sanciones al victimario en casos de agresión a los infantes. Fue con la “Proclamación Universal de los Derechos de los Niños y las Niñas”, en el siglo pasado, en 1989, que comenzaron a perfilarse los aspectos normativos para la defensa, cuidado y protección de la niñez, tanto por parte de instancias gubernamentales como privadas.²

*Proclamación Universal de los Derechos de los Niños y las Niñas.
UNICEF.*

I. El niño y la niña deben disfrutar de todos los derechos sin discriminación de raza, color, sexo, idioma y religión.

II. El niño y la niña dispondrán de oportunidades y servicios para que puedan desarrollarse física, mental, espiritual y moralmente de forma saludable y normal, así como en condiciones de libertad y dignidad.

III. El niño y la niña tienen derecho desde su nacimiento a un nombre y una nacionalidad.

IV .El niño y la niña deben de gozar de los beneficios de seguridad social, tendrán derecho a disfrutar de alimentación, vivienda, recreo y servicios médicos adecuados.

V.EL niño y la niña física o mentalmente impedido o que sufra algún impedimento social debe de recibir un tratamiento, la educación y el cuidado especial que requiere en caso particular.

VI. EL niño y la niña para el pleno y armonioso desarrollo de su personalidad necesitan amor y comprensión.

VII El niño y la niña tienen derecho a recibir educación que será gratuita y obligatoria por lo menos en etapas elementales.

VIII. EL niño y la niña deben en todas circunstancias figurar entre los primeros que reciban protección y socorro.

En este contexto, el maltrato corporal se define como “cualquier forma de abuso físico en forma intencional hacia un menor de edad, producido por un adulto u otro menor pero de mayor edad que la víctima y con capacidad de análisis, raciocinio en donde existe alevosía y premeditación”.³ A su vez, la violencia al interior de las familias (VIF) implica “toda acción u omisión física, psíquica o sexual practicada sobre los miembros más débiles de una comunidad familiar, fundamentalmente las ejercidas sobre menores, mujeres y ancianos, así como las derivadas de la ruptura de la convivencia o relación afectiva, que cause daño físico o psicológico o maltrato sin lesión”.⁴

El maltrato físico infantil (Síndrome de Kempe) en el cual interactúan factores socioculturales, en la actualidad representa una emergencia médico-social y requiere de profesionales especializados ante la sola sospecha de daños debido a conductas violentas contra los niños, dadas las repercusiones físicas y psicológicas que impiden el desarrollo integral y las expectativas de respeto

hacia la integridad y dignidad de todo ser humano.⁵ Así mismo se sabe que el maltrato infantil en México, como en tantos países, tiene lugar principalmente al interior de las familias, y es una “práctica disciplinaria” que es necesario erradicar: no hay justificantes para el uso de la fuerza física contra los seres humanos y en especial contra los menores. ⁶

Ante este panorama, se consideró la población que acudió al Hospital Pediátrico Coyoacán (HPC), durante el periodo de enero 2004 a diciembre 2008, para efectuar la presente investigación, y analizar un ejemplo de lo que ocurre con éste fenómeno en nuestra población mexicana. Para ello se planteó la siguiente problemática:

¿Qué lesiones físicas presentan los niños que se diagnostican como probable maltrato infantil en el HPC?; Una vez tomadas en cuenta varias características como el tipo de lesiones, área corporal afectada, características contextuales de comorbilidad con otros tipos de maltrato y las relaciones que se establecen con éste fenómeno, se pudo obtener la frecuencia y cifras orientadoras de la ocurrencia de tal patología, además de los cofactores presentes en la población del HPC, que puede ser representativa no sólo en términos estadísticos, de éste mal social.

En el ámbito del Sector Salud el abordaje de los casos resulta complejo, los niños afectados llegan a las unidades médicas acompañados por sus padres, tutores, personas conocidas o desconocidas del infante, o por sí solos, y en

numerosas ocasiones se intenta ocultar la verdadera causa del traumatismo físico. Aquí resulta imprescindible la concurrencia de los médicos generales, pediatras y legistas para determinar –tras el examen exhaustivo de lesiones, referentes colaterales y diagnóstico– si el caso se inscribe en el rubro de maltrato físico. El reporte a las autoridades correspondientes permite de manera oportuna actuar en consecuencia. Desde esta óptica –mediante la información recabada en el HPC– resulta permisible hacer constar a nivel cuali y cuantitativo los casos registrados de *probable maltrato infantil*. Por lo que toda contribución de la Medicina Legal a favor de los niños, por mínima que sea, se suma a los esfuerzos del Sector Salud para brindar atención a los menores víctimas de maltrato físico.

Dadas las condiciones descritas se proponen como objetivos generales el determinar el tipo y frecuencia de las lesiones infligidas en el maltrato físico infantil en los pacientes que acuden al HPC. Con ello se obtendrán las herramientas para emitir un juicio sobre la problemática abordada, así como un análisis de las características acompañantes del fenómeno en la población del Hospital Pediátrico Coyoacán.

II.MATERIAL Y MÉTODOS

El presente estudio tiene como universo los expedientes de pacientes que acudieron al Hospital Pediátrico Coyoacán y que fueron registrados con el diagnóstico de probable maltrato físico infantil, además de los casos en que a lo largo del expediente clínico se mencionaba tal posibilidad, así como los que resultaron sospechosos, todos en el rango de edad de 0 a 10 años, dentro del periodo de enero 2004 a diciembre 2008. Como criterio de inclusión para obtener el censo se solicitó que cubrieran las características ya mencionadas.

Las etapas comprendieron la selección y revisión de bibliografía existente; posterior acopio de información en el HPC: revisión de libretas de admisión, de trabajo social y de enfermería, para obtener datos básicos como número de expediente, sexo, edad, fecha de ingreso y diagnóstico. A continuación se revisaron los expedientes, contenidos en el archivo clínico, de los casos recabados, y con ello se concentró la información en el formato para su posterior manejo. Cabe mencionar que los diagnósticos empleados para la distinción de los casos fueron dos: el primero, probable maltrato infantil o Síndrome de Kempe y segundo, causas de ingreso por diversos traumatismos y lesiones sin especificar el mecanismo; de tal forma se obtuvieron tres grupos que consistieron los siguientes: casos con diagnóstico específico de probable maltrato infantil, casos con un diagnóstico de traumatismo o lesión y que en el contenido del expediente se menciona la posibilidad de maltrato, y por último,

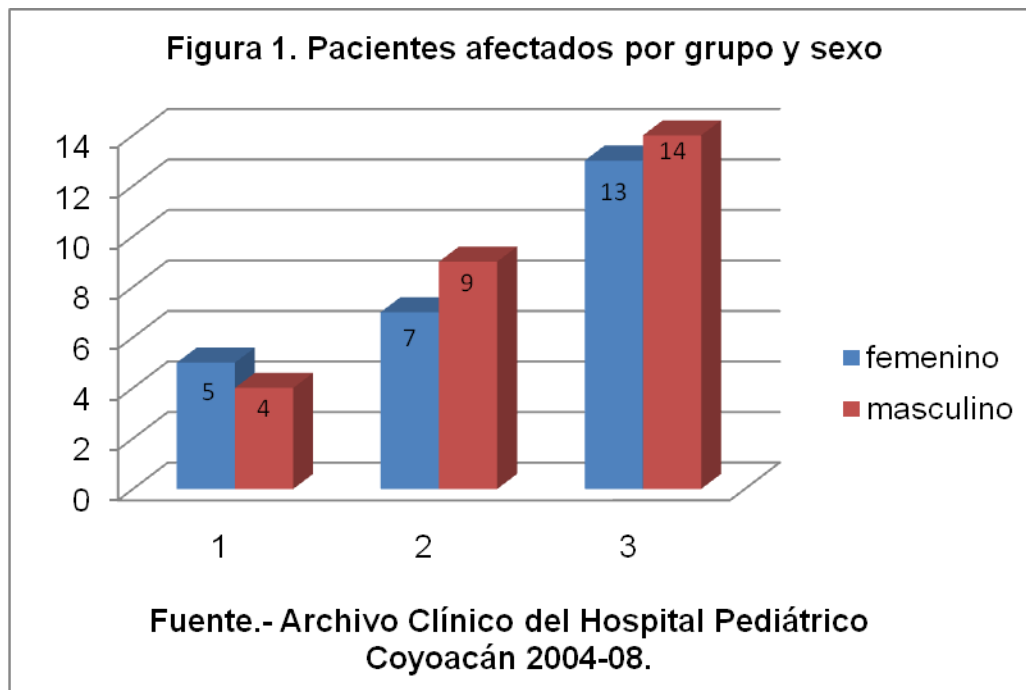
los casos que por su mecanismo de lesión son sospechosos de maltrato físico infantil.

Por ultimo la elaboración de una base de datos para el análisis cuali y cuantitativo de la misma en el programa Excel de Microsoft, con la obtención de frecuencias, promedios y cruces de variables; para su análisis y discusión de los hallazgos, además del planteamiento de recomendaciones al respecto.

III. RESULTADOS

De un total de 52 casos registrados en la búsqueda de expedientes con probable maltrato infantil, se dividen en tres grupos como sigue: el Grupo 1 con un subtotal de 9 (17.30%) casos con el diagnóstico registrado en el expediente; el Grupo 2 con un subtotal de 16 (30.76%) casos cuyo ingreso se registró con una causa traumática y que en el expediente se menciona la posibilidad de maltrato infantil; y el Grupo 3 con 27 (51.92%) casos los cuales son sospechosos por el mecanismo de lesión.

En la figura 1 se puede observar la predominancia del sexo femenino en el primer grupo con un 55.55%, si bien en los Grupos 2 y 3 predomina el sexo masculino (56.25% y 51.85%).



Por otra parte la relación de pacientes afectados de acuerdo con el grupo de edad de cada grupo se observa en la Tabla 1. Nótese que la mayor distribución es en las edades de 0 a 3 años, con una marcada disminución de la incidencia de los casos a de edad. El rango de 0 a 1 año obtuvo 35.29% de los eventos, de 1 a 2 años 19.60%, de 2 a 3 años 21.56%, mientras que de 4 a 5 años un 5.88%, de 4 a 5 años un 9.80% y los rangos de 7 a 8 años y de 9 a 10 años un 3.92% del total de los eventos.

Tabla 1. Aparición del evento por edades en cada grupo

Rangos de edad (años)	Grupo		
	1	2	3
0 a 1	6	10	2
1 a 2	1	2	7
2 a 3	1	2	8
3 a 4	0	0	3
4 a 5	1	0	4
5 a 6	0	0	0
6 a 7	0	0	0
7 a 8	0	1	1
8 a 9	0	0	0
9 a 10	0	0	2

Fuente.- Archivo Clínico del Hospital Pediátrico Coyoacán 2004-08.

Ahora bien, los diversos tipos de lesiones al examinarlos por grupos denotan una marcada tendencia hacia las equimosis con un 41.44%, seguidas por las fracturas con 19.35% y excoriaciones con 10.75%, lo que indica que éstas son las lesiones que con mayor frecuencia se infringen hacia los menores. También se pone al descubierto otro grupo que de manera silente representa un alto

numero y es el de la categoría “Otros” con 15.05%, en donde se incluyeron las quemaduras, intoxicaciones y penetraciones anales y vaginales que por si mismos no pueden ser incluidos en las lesiones especificadas dentro de la tabla.

Tabla 2. Relación de tipo de lesión en cada grupo

Tipo de lesión	Grupo		
	1	2	3
excoriación	5	2	2
equimosis	8	15	18
herida	2	1	7
quemadura	1	0	0
fractura	3	6	9
amputación/avulsión	0	0	
otros	6	6	2

* En algunos casos presentan varios tipos de lesiones simultáneas

Fuente.- Archivo Clínico del Hospital Pediátrico Coyoacán 2004-08.

Las relaciones entre el área corporal afectada y el tipo de lesión presentada por las víctimas según el grupo, Tablas 3, 4 y 5, reflejan de manera específica las zonas que con mayor frecuencia son lesionadas así como predilectas para dañar a los niños, entre las lesiones que presentan las víctimas, las que en mayor numero se encontraron fueron las equimosis con 54.16%. Cabe resaltar que en el caso de abuso sexual se consideraron las lesiones por separado, es decir, en presencia de abuso sexual si ocurrieron equimosis y laceraciones de mucosa se colocaron en la columna correspondiente a tales lesiones en el área corporal de los genitales. Así como en la categoría de otros se incluyó la

penetración de alguna parte del cuerpo u objetos del agresor en la región anal o genital.

Tabla 3. Relación entre el área corporal afectada y el tipo de lesión

Área corporal	Grupo 1					
	Tipo de lesión					
	Excoriación	Equimosis	Herida	Quemadura	Fractura	otros
Cráneo	1	5	0	0	2	0
Cara	2	6	0	0	0	0
Ojos	0	3	0	0	0	0
Boca	0	1	0	0	0	0
Cuello	1	0	0	0	0	0
Tórax	0	2	0	1	1	0
CV	0	0	0	0	1	0
Miembro sup	2	1	0	0	1	0
Mano	0	0	0	0	0	1
Abdomen	0	2	0	0	0	1
Genitales	0	1	1	1	0	1
Miembro inf	1	4	1	1	1	0
Dedos pie	0	1	0	0	0	0
Otro	0	0	0	0	0	2
Total	7	26	2	3	6	5

*Algunos casos presentan más de una de un tipo de lesión en la misma área corporal

Fuente.- Archivo Clínico del Hospital Pediátrico Coyoacán 2004-08.

Las zonas corporales más afectadas en el primer grupo fueron los miembros inferiores, cráneo y cara con 8 lesiones (16.66%) cada uno, por su parte el grupo 2 tiene una mayoría en el rubro de cráneo 17 lesiones (60.71%), mientras que las otras áreas afectadas como cara con 4 lesiones (14.28%) y miembros inferiores con 3 casos (10.71%) están muy por debajo. El grupo 3 presentó en

cráneo 16 lesiones (38.09%) y cara con 10 lesiones (23.80%), con las demás áreas también muy por debajo.

Tabla 4. Relación entre el área corporal afectada y el tipo de lesión
Grupo 2

Área corporal	Tipo de lesión			
	Excoriación	Equimosis	Fractura	otros
Cráneo	0	11	4	2
Cara	2	2	0	0
Miembro sup	0	1	0	0
Genitales	0	0	0	1
Miembro inf	0	1	2	0
Otro	0	1	0	1
Total	2	16	6	4

*Algunos casos presentan más de una de un tipo de lesión en la misma área corporal

Fuente.- Archivo Clínico del Hospital Pediátrico Coyoacán 2004-08.

Nótese como en los tres grupos predominan las equimosis, excoriaciones y fracturas en cráneo, cara y miembros inferiores.

**Tabla 5. Relación entre área corporal afectada y tipo de lesión
Grupo 3**

Área corporal	Tipo de lesión					
	Excoriación	Equimosis	Herida	Fractura	amputación/ avulsión	otros
Cráneo	0	10	1	4	0	1
Cara	1	4	2	3	0	0
Ojos	1	1	0	0	0	0
Boca	0	0	2	0	0	0
Tórax	0	1	1	0	0	0
Miembro sup	0	0	0	1	0	0
Dedos mano	0	0	0	1	1	0
Abdomen	0	0	0	0	0	3
Genitales	0	1	0	0	0	0
Miembro inf	0	1	0	1	0	0
Otro	0	0	0	0	0	1
Total	2	18	6	10	1	5

*Algunos casos presentan más de una de un tipo de lesión en la misma área corporal

Fuente.- Archivo Clínico del Hospital Pediátrico Coyoacán 2004-08.

En cuanto al tipo de relación del agresor con la víctima se observa en la Tabla 6 que en la mayoría de los casos el evento de maltrato infantil ocurre en presencia de la madre en los Grupos 2 y 3, en éste punto es importante señalar que en muchas de las familias mexicanas delegan el cuidado de los niños a las madres por lapsos de tiempo más largo, lo que nos lleva a considerarlo como un factor predisponente para que ésta cuidadora primaria esté presente durante el suceso. Por otra parte también se observa que en el Grupo 1 predomina la figura paterna como principal agresor, y cabe recordar que se trata del grupo con el diagnóstico preciso de Síndrome de Kempe.

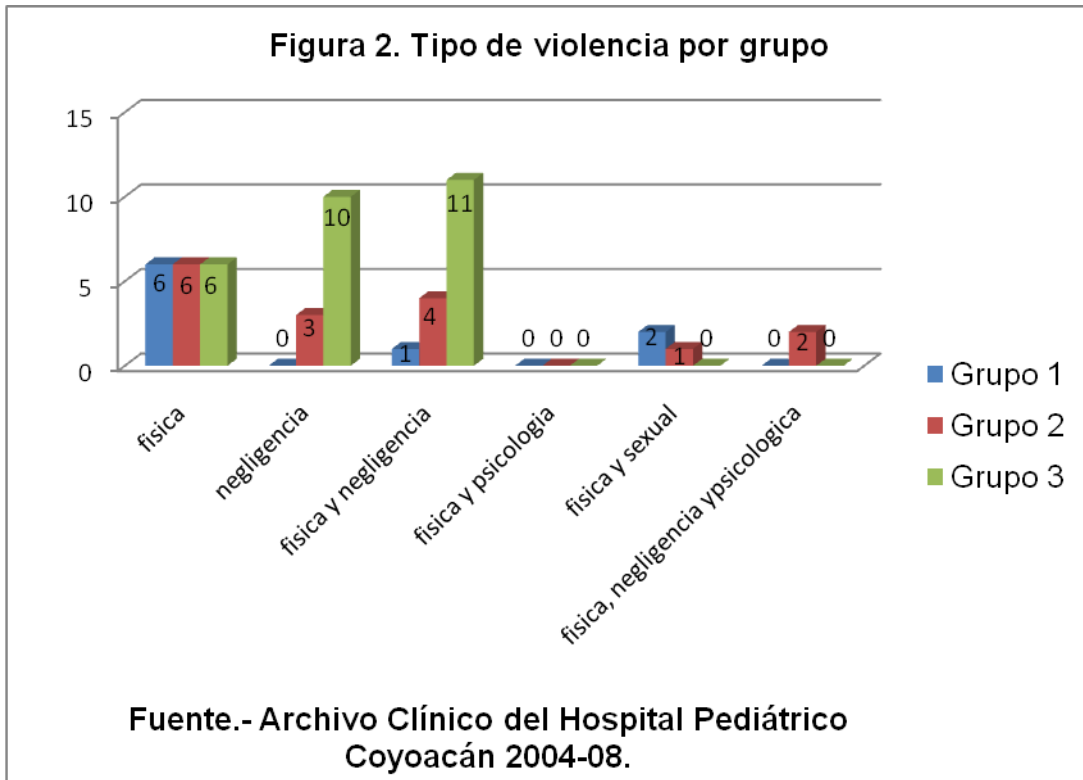
Tabla 6. Relación del agresor por grupos

Relación agresor	Grupo		
	1	2	3
padre	7	7	12
madre	3	11	20
herman@	0	1	3
abuel@	1	0	2
otro	2	2	5

* En algunos casos presentan agresión por dos familiares

Fuente.- Archivo Clínico del Hospital Pediátrico Coyoacán 2004-08.

Con respecto al tipo de violencia por grupo, es de señalar que la violencia física en los tres grupos es importante con 66.66% en el grupo 1, 37.5% en el grupo 2 y 22.22% en el grupo 3, que la negligencia es predominante en el grupo 3 con 37.03% , y la violencia física con negligencia también predomina el grupo 3 con 40.74% si bien no está muy presente en los casos del grupo 1; y que la violencia física acompaña los abusos sexuales en los grupos 1 con 22.22% y el 2 con 6.25%.



A cerca de la ocupación del agresor, se observa en la Tabla 7, que en los tres grupos los resultados son similares, la mayoría de los agresores tiene un empleo; sin embargo, se mantienen en la categoría de nivel socioeconómico bajo, todas las víctimas. Por otra parte, la cantidad de desempleados es también muy similar.

Tabla 7. Ocupación del agresor por grupo

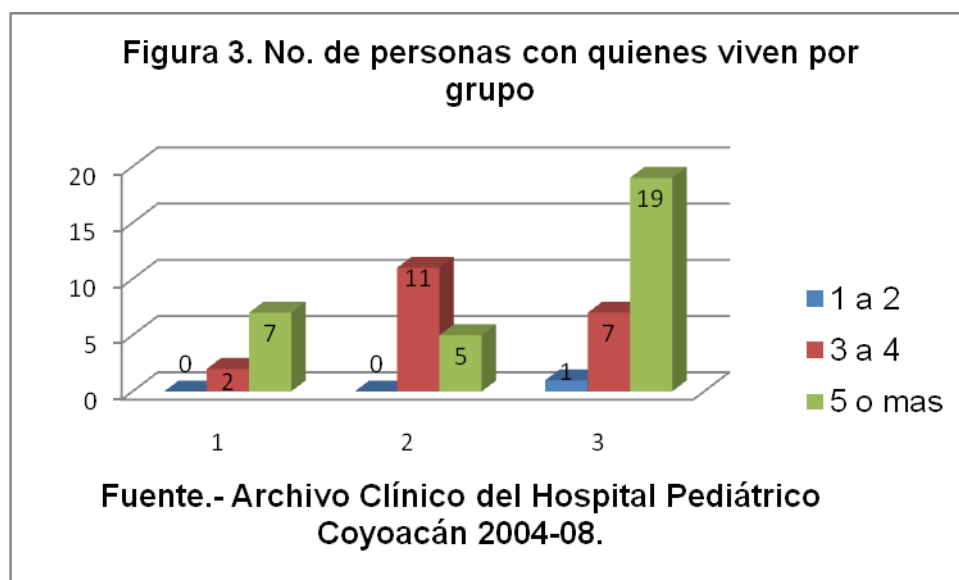
Ocupación	Grupo		
	1	2	3
Empleado	7	11	19
Desempleado	4	10	19
Desconocida	1	0	0

* En algunos casos presentan más de un agresor

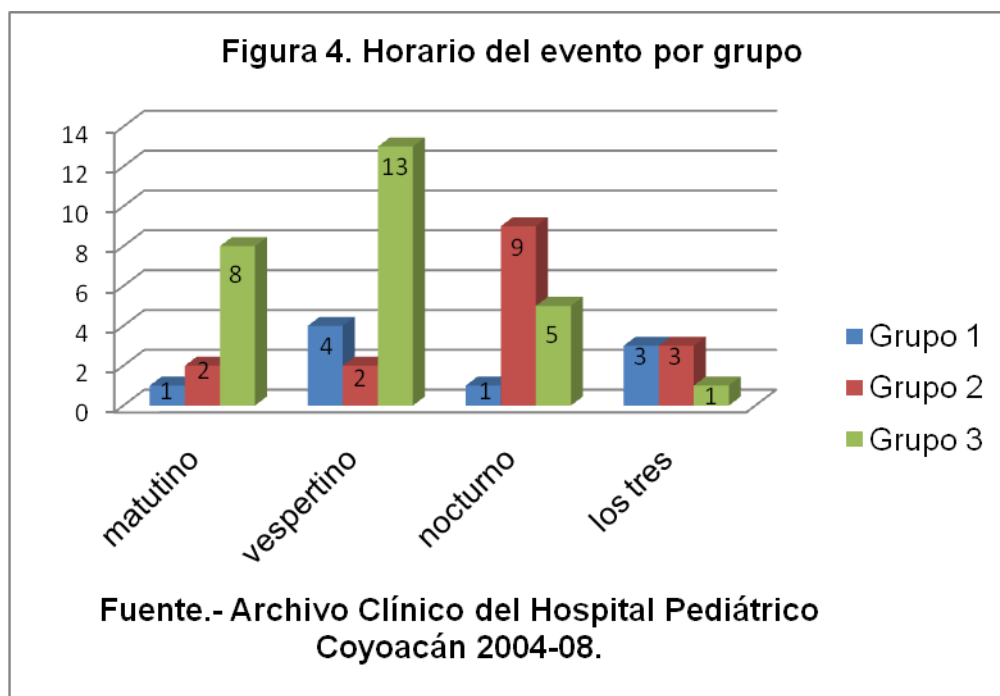
Fuente.- Archivo Clínico del Hospital Pediátrico Coyoacán 2004-08.

El nivel educativo de los padres es un factor agregado que nos evidencia el bajo nivel cultural general de la población, y se observa que en el grupo 1 la mayoría de los agresores tienen primaria 5 de los agresores, con secundaria 5, y bachillerato 3; en el grupo 2 también son de primaria 8, secundaria 8 y bachillerato 4; en el grupo 3 se incluye el rubro sin educación 5, con primaria 12, con secundaria 14 y bachillerato 4. Siendo evidente que la mayoría oscila entre primaria y secundaria.

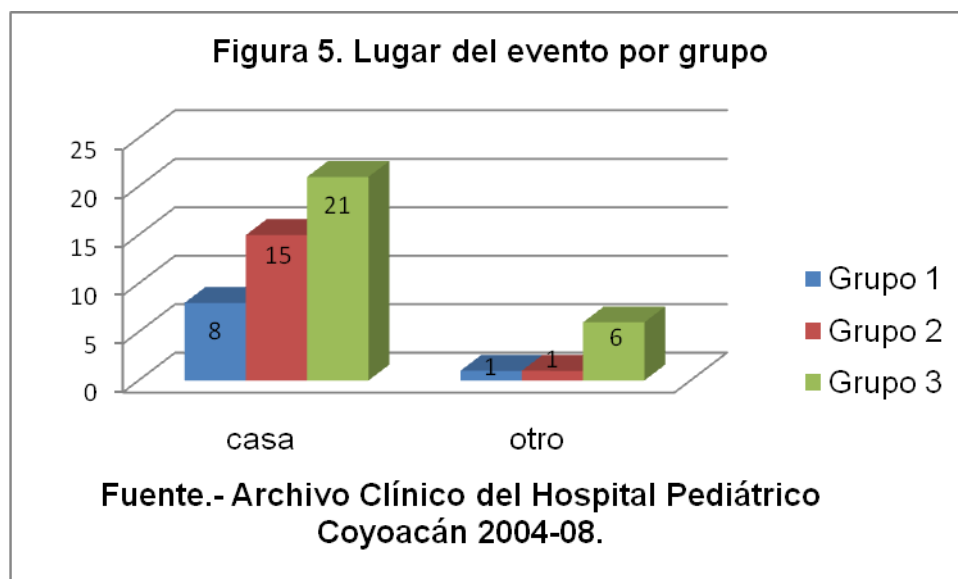
En relación al número de personas con quien viven los menores, los resultados arrojaron que existe una marcada tendencia al hacinamiento por la gran cantidad de personas con quienes conviven en una sola habitación; el grupo 1 con 77.77% que viven con 5 o más cohabitantes, el grupo 2 con 68.75% con 3 a 4 personas, y el grupo 3 con 70.37% de 5 o más. Lo anterior se observa en la Figura 3.



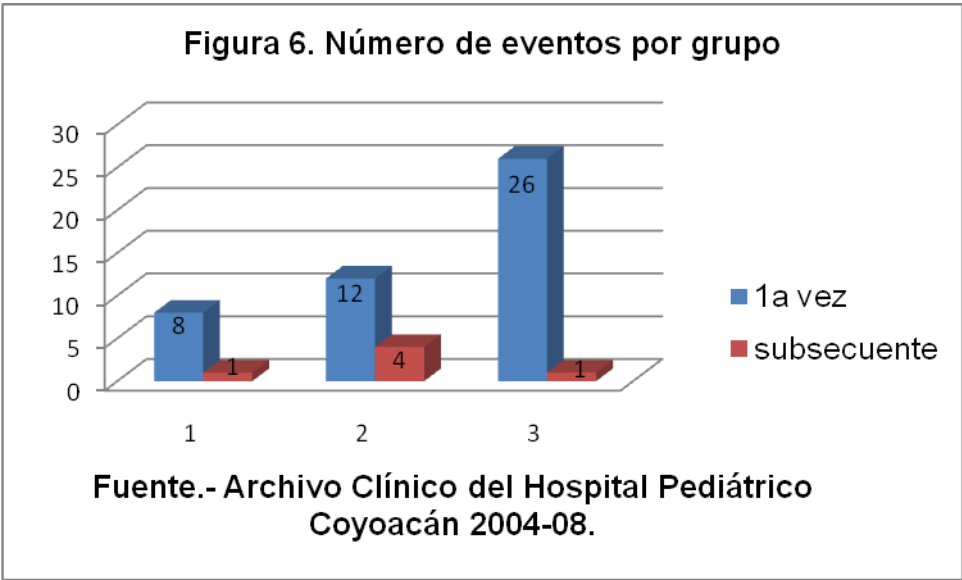
En cuanto al horario en que con mayor frecuencia ocurrieron los eventos se observó lo siguiente: en el grupo 1 predominó el horario vespertino (44.44%), en el grupo 2 el nocturno (56.25%), y en el grupo 3 el vespertino también (48.14%). Hubo un pequeño número de pacientes que se vieron afectados en los tres horarios por lo que se graficaron sin incluirse en ninguna categoría, cabe mencionar que si bien son pocos los casos, vale la pena analizar el número de casos por grupo donde se revela que la tercera parte (33.33%) del grupo uno se encuentra en éste rubro. Lo anterior se observa en la figura 4.



Por su parte, en la figura 5 se analiza el lugar de los eventos, en éste gráfico se observa que casi en su totalidad (88.88%, en el grupo 1, 93.75% en el grupo 2 y 77.77% en el grupo 3), los eventos ocurren en el hogar de los niños y niñas, mientras que en otras locaciones es mínima la incidencia del fenómeno.



En la figura 6 se ilustra la frecuencia de los eventos de maltrato infantil por grupo. Se consideraron dos rubros: primera vez, como evento único referido por los padres o tutores, y subsecuente, cuando ya ha ocurrido algo similar en ocasiones anteriores. En los tres grupos predominan los de primera vez con 88.88%, 75% y 96.29%, respectivamente, lo cual se observa en la figura 6.



En éste gráfico se analiza también que el subregistro de los casos es alto si se considera que en el tercer grupo de 27 casos encontrados 26 presentaron un evento de primera vez.

IV. DISCUSIÓN

Por medio del presente estudio se encontró que la violencia física es más frecuente en niñas de 0 a 1 año en el Grupo 1, en los Grupos 2 y 3 fue en niños de 0 a 1 año y de 2 a 3 años respectivamente; aquí tomando en cuenta que la revisión de datos se llevó a cabo en expedientes de pacientes de 0 a 10 años. Las lesiones físicas que con mayor frecuencia se presentaron en el grupo 1 fueron las equimosis seguidas de las excoriaciones, en el grupo 2 las equimosis, seguidas de las fracturas y otros tales como las quemaduras, intoxicaciones e introducciones de alguna parte del cuerpo del cuerpo del agresor. El grupo 3 presentó equimosis, fracturas y heridas. Lo anterior revela que las equimosis son por excelencia las lesiones más comúnmente infligidas en los menores, siendo éstas unas de las más fáciles de identificar con la simple observación a la exploración física

El agresor con mayor frecuencia es de sexo masculino tomando en cuenta los casos con el diagnóstico preciso, en los casos sospechados por el personal fue el sexo femenino y en los sospechosos por el mecanismo de las lesiones fue el sexo femenino; con un nivel de estudios en todos los casos entre primaria y bachillerato. Hay que tomar en cuenta, como se ha visto a lo largo del estudio, que la madre juega un papel importante debido a que en la cultura mexicana es ella quien se encarga del cuidado y la mayor parte de la educación de los hijos. En algunos casos es ella la única proveedora de sustento al mismo tiempo por lo que debe poner al cuidado a un tercer individuo que generalmente resulta ser

un familiar de ella, ya sea su madre o hermanas. Por lo que ser el agresor no solo implica el daño físico, sino la negligencia para que ocurra el evento de estudio. En los otros tipos de violencia como la psicológica, se plantea en la literatura médica que es frecuente su aparición al interior de la familia y que en la mayoría de los casos acompaña los demás tipos de violencia, si bien es difícil de cuantificar o comprobar al estudiar al paciente, por lo que es necesaria la presencia de un psicólogo que realice un estudio completo de las víctimas; o en el caso del abuso sexual se observó que si bien se maneja como una entidad aparte, la mayoría de las ocasiones se acompaña de los otros tipos de violencia; y en el presente estudio se evidencia la concurrencia de lesiones del tipo equimosis, excoriaciones, heridas simultáneas al evento sexual.

Los factores de contexto socioeconómico que se presentaron con mayor frecuencia en los casos de estudio fueron los siguientes: el nivel de educación de los agresores osciló entre el analfabetismo en el grupo 3, primaria, secundaria y bachillerato como máximo en los tres grupos. Esto revela una situación preocupante, ya que en México la mayor parte de la población apenas alcanza un nivel básico de educación, por lo que gran parte de la población infantil estaría en riesgo debido a éste factor.

La mayoría de los eventos ocurrió en el hogar, es decir, en la lugar donde la víctima habita. Éste resulta ser el punto de encuentro de la víctima y el agresor en la mayoría de los casos después de un día de actividades cotidianas, culminando en la explosión súbita de violencia. Aquí cabe hacer la reflexión de

si los niños son agredidos en su propia casa, en dónde se supone que podrán guarecerse de la violencia externa de las calles.

Existe un subregistro de los casos como se evidencia con el número de eventos con diagnóstico preciso que fue de 9 y con el número de casos que el personal médico consideró como sospechosos sin consignar el diagnóstico de probable maltrato físico infantil (16 casos), si bien se mencionó en las notas médicas de los expedientes clínicos. Esto hace reflexionar en los mecanismos de detección y primer contacto con los pacientes que son víctimas del maltrato infantil por parte de sus padres o tutores. Además pone en evidencia la necesidad de mejorar los programas de atención a niños y niñas afectadas. Lo anterior se corrobora al analizar el número de casos que resultan de primera vez y los que son subsecuentes, esto en conjunto con los factores de orden socioeconómico y cultural que revelan la frecuencia de ésta patología en determinado sector de la población que posee las siguientes características: bajo nivel cultural traducido en nivel de estudios nulo, básico o medio superior; poder adquisitivo bajo y en cuanto a la vivienda la mayoría con riesgo de hacinamiento y malas condiciones (precarias) de alimentación e higiene. Por lo tanto se generan las siguientes conclusiones.

V. CONCLUSIONES

La violencia física es una patología compleja, que involucra muchos factores de orden sociocultural, económicos y a nivel personal, que dependen directamente de la psique de cada individuo. Si bien es cierto que todos somos una suma de eventos y circunstancias que al final nos constituyen como lo que somos, no está de más advertir que existe una alta posibilidad de que una víctima de violencia intrafamiliar del tipo físico sea, a largo plazo un perpetrador y continuador del círculo vicioso que alguna vez lo envolvió a él en su interior. Resulta pues un factor determinante el hecho de haber experimentado el fenómeno, y esto junto con la carencia de cultura y estudios, bajo nivel socioeconómico, el consumo de sustancias y el contexto cultural en el que se desarrollan los hechos, hacen de ésta patología un suceso multifactorial con muchos detalles que analizar y en los cuales intervenir para erradicar éste mal social.

Las lesiones más frecuentemente encontradas en la población estudiada fueron las siguientes: equimosis, excoriaciones y fracturas, y dentro de ellas las que más se presentaron son las equimosis. El rango de edad más frecuentemente afectado es de 0 a 3 años de edad. La violencia física en algunos casos se acompaña de negligencia o abuso sexual. Se corrobora que se trata de una patología multifactorial que resulta prioritaria atención para prevenir el maltrato a uno de los sectores más expuestos e indefensos de la población.

Se hace necesaria la mejora en los procesos de identificación, procesamiento dentro de los hospitales, priorizando la atención médica, seguida del adecuado seguimiento legal de los eventos. Todo lo anterior con la intención de preservar la salud de los niños y niñas afectadas por ésta patología que más allá de ser un capítulo de la Pediatría, es la representación fiel de la realidad social en que se vive en la actualidad.

VI. RECOMENDACIONES

Ante el panorama vertido en la presente investigación, ya se tienen suficientes elementos para considerar ciertos aspectos, que si bien no presentan la solución a toda la problemática, si pueden ser de ayuda para convertir el abordaje de éste tipo de patología infantil en algo mas sencillo tanto de entender y de lidiar de manera intrahospitalaria y a nivel sector salud.

Primero, se necesita uniformar la captura y manejo de ésta patología durante el primer contacto con el paciente afectado, pues durante la realización de ésta investigación se encontró que no existe un registro específico de los datos concernientes a los pacientes con diagnostico de probable maltrato infantil (o probable Síndrome de Kempe; además resulta de gran importancia llevar un control de estos casos tanto para registro interno del Hospital como para las estadísticas nacionales, pues con ello se lograría una mejor planificación del cómo actuar en relación a esto.

En segundo lugar es indispensable que en cuanto se identifica un caso de probable maltrato infantil, se estandarice el procedimiento a seguir, todo con la intención de darle un buen seguimiento y la mejor atención al paciente que es una victima más de violencia de los sectores más desprotegidos de la población. Lo anterior de conformidad con los procesos destinados a la evaluación y diagnostico (exámenes complementarios) para la recuperación de

las lesiones provocados por los victimarios perpetradores de esta entidad nosológica.

Aquí conviene señalar que para evitar el subregistro de los casos de probable maltrato infantil, podría considerarse el manejo de ésta patología como un diagnóstico de primera elección, y no como de última como se ha venido haciendo por muchos años, a descartar otros mecanismos en todo niño o niña que acuda al servicio de urgencias por presentar traumatismos y diversas lesiones, que si bien pudieron ocurrir por accidente, también existe la posibilidad de que hubieran sido hechas con la intención de dañar al menor. Lo anterior tomando en cuenta las características de los hechos obtenidos al interrogar al menor y sus familiares o tutores de manera exhaustiva, además de la exploración física del paciente. Recordando el viejo dicho: “No se ve lo que no se sabe”.

Insistir en el pronto reporte y exhaustivo análisis de los casos para determinar la existencia de maltrato infantil, así como el seguimiento legal que en definitiva será de trascendencia para la resolución conforme a derecho de la situación de las víctimas afectadas. Al conjuntar esfuerzos con el personal médico y demás prestadores de servicios a los usuarios se obtendrán mejoras en la calidad de la atención de manera integral en los ámbitos médico y psicológico para la posterior sanación y de las consecuencias a corto, mediano y largo plazo.

Por ultimo, seria de interés continuar con el análisis estadístico de los casos que se registren posteriormente, con la intención de no suspender el análisis de la patología como un fenómeno sociomédico que es de gran importancia para el futuro desarrollo y crecimiento de los niños y niñas afectados por este fenómeno de la que son presas fáciles.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Vacaflor Barquet, Durval Federico. *La violencia social en la historia*. España, 2002.
2. UNICEF. *Proclamación Universal de los Derechos de los Niños y las Niñas*. 20 de noviembre 1989.
3. Sacroisky Gloria. *Maltrato físico: un problema que nos involucra*. Comité de Familia y Salud Mental. Archivos Argentinos de Pediatría, vol. 101, núm. 1. Argentina, 2003.
4. González J. Violencia, ética, legalidad y racionalidad, en: *El mundo de la violencia*. UNAM/FCE. México, 1988.
5. American Academy of Pediatrics. Section on child abuse and neglect. *A guide to references and resources in child abuse and neglect*. USA, 2002.
6. Almeida Cristina y Gómez Patiño María. *Las huellas de la violencia invisible*. Centro Reina Sofía para el Estudio de la Violencia. Argentina, 2005.
7. Apodaca Rangel María de Lourdes. *Violencia Intrafamiliar*. México. Ed Lito Roda. 2005.
8. Campillo Toledano Claudia, coord. *La violencia social en México y sus manifestaciones: una aproximación multidisciplinaria*. México. Universidad Autónoma de Nuevo León. 2006.
9. Castro Pacheco Gloria Adriana. *Síndrome del niño maltratado*. Facultad de Medicina UNAM - Internado Médico, Programa AFINES 2006.
10. Doll Lynda S & Hass Elizabeth N. *Handbook of injury and violence prevention*. New York. Springer. 2007.
11. Dornell Teresa y Paulo Laura. *¿Nuevas formas de relación social?*, en: Metodología de la Intervención Profesional. Uruguay. Licenciatura en Trabajo Social, Facultad de Ciencias Sociales, Departamento de Trabajo Social. Universidad de la República. 2005. II Programa APEX-Cerro: Escuela No. 334, 02.

12. Espinoza Evelyn. Impacto del maltrato en el rendimiento académico. *Revista Electrónica de Investigación Psicoeducativa*. Guatemala. Departamento de Sociología, Universidad del Valle de Guatemala. 2006. No. 9, Vol. 4 (2).
13. FAI Save the Children. *Prevención del abuso sexual de niñas y niños: una perspectiva con enfoque de derechos*. México, 2007.
14. Flores Sullca Tita y Schirmer Janine. Violencia intrafamiliar. La adolescencia en la Ciudad de Puno, Perú. *Revista Latino-americana Enfermagem*. 2006. No. 14 (4), julio-agosto.
15. García Selgas Fernando y Romero Bachile Carmene. *El doble filo de la navaja: violencia y representación*. Madrid. Edición Independiente de los Autores. 2006.
16. Gilberti Eva. *La familia a pesar de todo*. Argentina. Novedades Educativas. 2005.
17. Gómez Castañeda Lorena. *La violencia intrafamiliar, un problema de la sociedad*. INEGI. Estadísticas del Día Internacional para la Eliminación de la Violencia contra las Mujeres, datos nacionales. 2007. Gaceta No. 15, octubre.
18. Gómez de Terreros Guardiola M. Maltrato psicológico. *Cuaderno de Medicina Forense*. 2006. No. 12, enero-abril.
19. Herrera-Basto Emilio. Indicadores para la detección de maltrato en niños. *Salud Pública de México*. 2008. No. 5, Vol. 41, sept-oct.
20. Jara V Marcela y Ferrer D Sergio. Genética de la Violencia. The Genetics of Violence. Hospital Militar de Santiago. *Revista Chilena Neuro-Psiquiátrica*. 2005. No. 43 (3).
21. Kacker Loveleen, Varadan Srinivas & Kumar Pravesh. *Study on child abuse: India 2007*. India. Ministry of Women and Child Development., Government of India. 207.