

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

DIRECCION GENERAL DE SERVICIOS DE SALUD DEL D.F.
DIRECCION DE ENSEÑANZA E INVESTIGACION
SUBDIRECCION DE ENSEÑANZA
DEPARTAMENTO DE POSGRADO

CURSO UNIVERSITARIO DE ESPECIALIZACION EN
P E D I A T R I A

FRECUENCIA DEL SINDROME DEL NIÑO MALTRATADO
EN LOS HOSPITALES PEDIATRICOS IZTACALCO Y VILLA

TRABAJO DE INVESTIGACION CLINICA
P R E S E N T A

DR.SALAZAR SEPULVEDA LUIS ENRIQUE

PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALIZACION EN
P E D I A T R I A

DIRECTOR DE TESIS
DR.TORRES LARA JORGE

1997.



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).

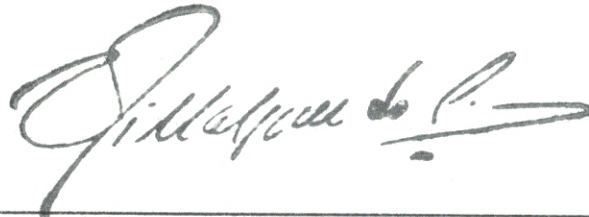
El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición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



DR. MARGARITO FRANCISCO GUTIERREZ GUZMAN

PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACION EN PEDIATRIA

D.G.S.S.D.F.



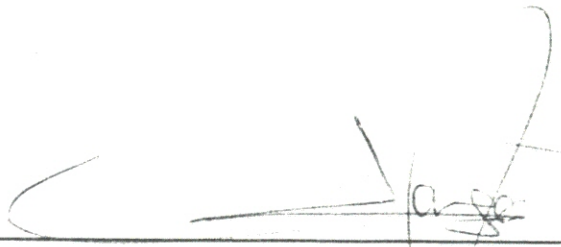
DR. JOSE DE J. VILLALPANDO CASAS

DIRECTOR DE ENSEÑANZA E INVESTIGACION

D.G.S.S.D.F.



**DIREC. GEN. SERV. DE SALUD
DEL DEPARTAMENTO DEL D.F.,
DIRECCION DE ENSEÑANZA E
INVESTIGACION**



DR. JORGE TORRES LARA

DIRECTOR DE TESIS .

A mi esposa Maria Antonieta
A mis hijas Maria Paulina y Luisa Ivette

Por ceder en gran parte
el tiempo que les pertenece
Gracias las amo

A mi Padre quien inspiro en mi
la inquietud de realizarme academicamente
a la voz de ESTUDIEN ...
SIEMPRE ESTAS EN MI CORAZON

A mi madre que con voz firme y dulce
supo siempre guiarme

A mis hermanos :

Genoveva

Juan Tomas

Alejandro

Adrian

Javier

A. Eduardo

Por su ejemplo , apoyo y confianza

Gracias



DR.MARGARITO FRANCISCO GUTIERREZ GUZMAN

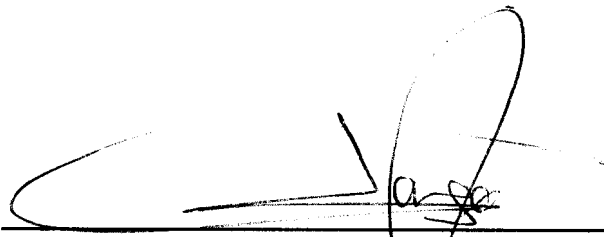
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACION EN PEDIATRIA

D.G.S.S.D.F

DR.JOSE DE J. VILLALPANDO CASAS

DIRECTOR DE ENSEÑANZA E INVESTIGACION

D.G.S.S.D.F.



DR.JORGE TORRES LARA

DIRECTOR DE TESIS .

A mis maestros
Por la formación que me han
heredado.

A mis pacientes
que en su sufrimiento y dolor
muchas veces resuelto y otras no
tanto me enseñaron y permitieron
que la experiencia naciera

Y
quienes nos obligan día a día
a comprometernos con esta mística
de amor y entrega a
LA MEDICINA.

FRECUENCIA DEL SINDROME DEL NIÑO MALTRATADO
EN LOS HOSPITALES PEDIATRICOS IZTACALCO Y VILLA

I N D I C E

I	.- RESUMEN.....	1
II	.- INTRODUCCION.....	2
III	.- ANTECEDENTES.....	3
IV	.- MATERIAL Y METODO.....	10
V	.- RESULTADOS	
	V.I DEL AGREDIDO.....	11
	V.II DEL AGRESOR.....	12
VI	.- CONCLUSIONES.	
	VI.I DEL AGREDIDO.....	13
	VI.I DEL AGRESOR.....	13
VII	.- BIBLIOGRAFIA.....	14
VIII	.- ANEXOS.....	16

R E S U M E N

Estudio observacional ,prospectivo ,transversal y descriptivo que tuvo como objetivo conocer la frecuencia del maltrato infantil en los hospitales pediátricos Iztacalco y Villa de los Servicios de Salud del D.F. así como conocer el grupo de edad en el que con mayor frecuencia se agrede al menor, además de determinar la relación que existe con el perpetrador ,el tipo de lesiones que presentan y los segmentos corporales más afectados.

Se incluyeron a quince pacientes que tuvieron el diagnóstico de niño maltratado y que fueron atendidos en los hospitales antes mencionados durante un periodo de tres meses.

Existió un predominio del sexo masculino (80%) y se afectó principalmente a los niños menores de 4 años(72%) la mayoría de las lesiones encontradas fueron equimosis y hematomas (44%)y el segmento corporal mas afectado fue cabeza y cara (42%)

El principal agresor fue la madre (47%) y el maltrato se llevó a cabo con mayor frecuencia en el domicilio del agredido .Las familias en su mayoría fueron disfuncionales (73.3%),el nivel socio-economico y de escolaridad fue bajo en todos los casos .

Existen indicadores en los niños que son víctimas del abuso y el maltrato que deben hacer sospechar el diagnóstico de síndrome de Kempe ,este en forma temprana puede brindar un tratamiento en forma oportuna y limitación del daño.

I N T R O D U C C I O N

En los Estados Unidos de Norteamérica , las lesiones intencionales o no intencionales son la principal causa de muerte entre los menores de un año, se asegura que el maltrato al menor se presenta en aproximadamente 30,000 a 50,000 casos anuales , sin embargo estas cifras pueden ser aún mayores , debido a que pocos países se interesan en este tipo de estudios . En México el problema se acrecenta, según resultados de investigaciones gubernamentales y privadas, se dice que en nuestro país el 18% de la población infantil está sujeta a algún tipo de maltrato , sin embargo en términos generales la frecuencia es imprecisa, ya que en México los estudios realizados al respecto son escasos .

Las cifras conocidas del maltrato infantil reflejan solo un pequeño sector del problema, lo que hace necesario plantear las estrategias que permitan identificar a los niños que son víctimas del maltrato, por ello nos hemos planteado el problema de ¿Cuál es la frecuencia del maltrato infantil en los hospitales pediátricos Iztacalco y Villa de los Servicios de Salud del Departamento del D.F.? y de esta forma conocer además la edad , sexo, escolaridad, tipo de lesiones y localización de estas en relación al agredido ; así como el sexo , edad , escolaridad, nivel socioeconómico, estado civil, el parentesco del perpetrador con el agredido su tipo de vivienda así como donde ocurre la agresión y parte del cuerpo utilizada para este fin .

H I S T O R I A

El Fenómeno del niño maltratado o síndrome de Kempe puede defi
nirse como la forma extraña de lesiones no accidentales así como
la deprivación emocional o cualquier forma de agresión sexual, ya
sea en forma aislada o bien en diversas combinaciones ocasionadas
por los propios padres , parientes cercanos o adultos que se en-
cuentran en estrecha relación con la familia . (1)

Se puede decir que la práctica del maltratar a los niños es
una situación que existe desde tiempo inmemorial en los albores de
la Humanidad .Por otro lado ninguna nación civilizada o no escapa
de este juicio , ya sea que lo haya cometido para calmar a dioses
como acto de fé, así mismo el maltrato infantil ha sido justifica
do con el pretexto de mantener la disciplina durante siglos .Pero
no es sino hasta el siglo XIX cuando este fenómeno es puesto en evi
dencia y registrado como tal, en los Estados Unidos aparece la pri
mera sociedad para evitar la crueldad contra los niños . (2)

El Dr. West publicó en el año 1888 el primer trabajo escrito
sobre este fenómeno . Sin embargo no fue sino hasta 1940 cuando
los Drs. Caffey y Silverman señalaron lo que ahora se conoce como
niño maltratado al descubrir , la relación de estos con la presen
cia de hematomas subdural así como la presencia de fracturas en
los huesos largos .

El Dr. Kempe y Cols ,al principio de la década de los sesentas
proponen el término de Síndrome del niño maltratado basándose en
la observación de 302 casos de niños agredidos en los Estados Uni
dos y señalaron que el 11% de estos fallecieron y el 28% presenta
ron lesiones irreversibles . (3)

El Dr. Fontana (4) es quien propone ampliar este término cuando encuentra que el maltrato al menor es de forma multimodal es decir no es estrictamente el maltrato físico sino también debe mencionarse el emocional , carencia de nutrimentos , así como la negligencia y el abuso .

Hoy en día , a este fenómeno se le incluye además el abuso sexual al menor en cualquiera de sus formas , dentro del contexto integral del niño maltratado, esto en virtud de su elevada frecuencia así como la importante repercusión de dicha agresión que tiene en el lado emocional de estos pacientes .

El abuso sexual se definió por primera vez en 1977 por el Dr. Kempe como el involucro no deciado en cualquier forma de contacto de tipo sexual; ya sea manual , oral, genital u otro relacionado que un adulto impone a un niño o adolescente y que este por la etapa de desarrollo psicosocial no puede comprender ya que aún no entiende la sexualidad. (13)

Las actividades sexuales incluyen todas las formas de contacto: anal , oral , genital, digito-genital , caricias y abuso sin contacto sexual como : el Exhibicionismo , voyeurismo así como el uso de los niños en la pornografía o prostitución .

El abuso sexual incluye en este caso a la paidofilia que se define como la preferencia o adicción por tener relaciones sexuales con niños por medio de seducción, que desde luego contempla todas las formas de incesto , que se define como el contacto sexual entre parientes siendo la más frecuente entre padre e hija en el 75% de los casos , el incesto puede estar relacionado con problemas de alcoholismo , delincuencia , abuso de drogas, promiscuidad y hacinamiento . (8,9,14,16)

El abuso sexual se presenta en todas las clases sociales probablemente con predominio en la clase baja, situación que favorece el hecho de estar en hacinamiento, donde las familias tienen un -- contacto limitado con el mundo exterior con mala definición de roles y en el que predominan los conflictos mentales.

En México no se conoce con exactitud la magnitud real del problema, ya que en la mayoría de los casos no se informa a las autoridades debido a un diagnóstico incorrecto o por ocultar el problema al considerar que no se tiene solución. Pero es una realidad en la que cada día son más los pacientes que llegan a los centros de apoyo en defensa del menor en la Procuraduría General de la República y a nuestros hospitales.

En un análisis de estadística sobre dicho fenómeno, la literatura norteamericana se encontró que las víctimas del sexo femenino son las mayormente agredidas con una frecuencia reportada del --- 57.6% (9).

Para poder analizar el fenómeno del niño maltratado en toda su dimensión es necesario tomar en cuenta algunos aspectos que son -- prácticamente universales, donde destaca obviamente la presencia de una tríada que esta constituida por el agresor el menor agredido y el detonador o crisis desencadenante. (5)

En cuanto al agredido podemos decir que muchos de los niños que son objeto de maltrato, son percibidos por sus padres como diferentes con desarrollo lento, malos, egoístas o difíciles de disciplinar. Sin embargo no es necesario que el niño maltratado sea débil mental; no obstante se trata de un niño especial que se ha desarrollado en un ambiente de hostilidad y de apatía así como de agresividad que lo infravalora dando origen a una conducta desafiante, - hóstil y de desconfianza que los hace aún más vulnerables al maltrato.

Además de lo anteriormente comentado podemos numerar algunas otras características que con frecuencia encontramos en el menor maltratado como lo son las malformaciones físicas evidentes así daño neurológico (retraso psicomotor) desde etapas tempranas de la vida , ocupar el último lugar de la progenie corresponder a un sexo no deseado o esperado , ser irritable , desobediente.(4)

En ocasiones podemos encontrar en este tipo de pacientes que tanto la talla como el peso se encuentran alterados . La privación afectiva y social , la mala nutrición así como el maltrato y aunado a todo esto las patologías infecciosas recurrentes pueden dar explicación a este fenómeno . El Dr. Loredo A. reporta en uno de sus estudios que el 32 % de los niños maltratados se encuentra con un grado de desnutrición II a III así como talla baja y grados variables de anemia . (4)

Al final de la década de los sesentas . Powell y Cols. relacionaron la detención del crecimiento con la privación emocional , mediante el análisis de niveles séricos de ACTH y HC hipofisarios los cuales se encontraron disminuidos en dichos pacientes, de quienes además en la mayoría de los casos se corrigió una vez que el maltrato había cedido .

El segundo componente de la tríada dentro del fenómeno del niño maltratado es el agresor , que en cuanto a sus características mucho ya se ha publicado dentro de las cuales destaca el bajo nivel socioeconómico y de escolaridad o cultural , así mismo se ha observado que con frecuencia el agresor también cuenta con antecedentes familiares de maltrato durante su infancia . El perfil psicológico del perpetrador muestra una autoestima devaluada , aislamiento social, desconfianza y tensión constante así como una pérdida de la inhibición para manifestar su agresividad .

En la mayoría de los estudios realizados al respecto se reporta que la madre es la que con mayor frecuencia aparece como agresora, esto se explica en forma simple como el hecho de que la madre permanece más tiempo en el hogar y por ende en contacto con los niños sin embargo la participación del padre como agresor ha dejado lesiones más severas así mismo es quién más se encuentra relacionado con el abuso sexual en cualquiera de sus formas como una manera de maltratar . No obstante debemos tomar en cuenta que estos no siempre son los agresores , De Francis realizo un estudio donde informó que de 1,000 niños maltratados el 37% de los perpetradores fueron personas cercanas a la familia (familiar, amigo o conocido). (10)

Parece ser que la edad del agresor no es un dato relevante ni de predicción para dicho síndrome sin embargo se cuenta con múltiples estudios que reportan una edad del agresor entre la segunda y tercera década de la vida .

Otro de los aspectos característicos del agresor que destacan, es el estado civil irregular de la pareja ya que los perpetradores en aproximadamente un 45 % viven en unión libre .

El tercer elemento siempre presente en este fenómeno del maltrato al menor corresponde a lo que se ha denominado como detonador o crisis desencadenante y aunque no se trata de una base etiológica si constituye el factor precipitante de dicho síndrome . dentro de ello podemos numerar diversas situaciones tales como el de un divorcio reciente o inminente , la pérdida de un empleo , la muerte de un familiar o situaciones tan cotidianas como la descompostura de un aparato . Estos pueden ser en algún momento el detonador para que se desarrolle la agresividad .

Es muy probable que la inestabilidad emocional de los padres sea un importante factor como detonador para que el menor sea agredido. El Dr. Loredo A. reporta que en el INP tan sólo el tercio de los padres de niños agredidos contaban con un empleo estable encuentro a las madres la mayoría se encuentran dedicadas al hogar.

De entre todo esto es muy difícil precisar que es lo que condiciona la conducta agresiva de un adulto hacia el menor no obstante el diálogo continuo entre el pediatra y el agresor probablemente permita obtener información al respecto y poder reconocer la crisis desencadenante y plantear formas de prevenirla en un futuro.

Hablar del espectro clinico del síndrome del del niño maltratado es hablar de toda una constelación de signos y sintomas lo que lo hace muy amplio y complejo .No obstante el pediatra debe de sospechar esta patología aún cuando el menor no presente estigmas de maltrato físico evidente , tales como la deprivación emocional así como la desnutrición , la irritabilidad exagerada , alteraciones en la personalidad y el aspecto higienico que suele ser deficiente, son algunos datos que deben llamar la atención del pediatra así como la evidencia de lesiones físicas que incluyen quemaduras , contusiones, fracturas y envenenamientos en niños . La asistencia frecuente en los hospitales , las lesiones repetitivas aumentan aún más la sospecha en dicha patología .

Los casos más severos son generalmente descubiertos en las salas de urgencias , cuando los niños presentan datos de abdomen agudo sin causa aparente que resultan en una ruptura de visceras , o presencia de fracturas poco comunes así como quemaduras.

Cuando existe el maltrato físico , los golpes son dados con cualquier objeto de ahí que exista una diversidad de instrumentos con los cuales son lesionados los menores, esto tambien indica que

el episodio sucede en un momento crítico , de tal manera que el perpetrador utiliza lo que tiene a la mano para producir la lesión.

En cuanto al segmento anatómico mas dañado son : el Cráneo y la cara así como extremidades tanto superiores como inferiores y con menor frecuencia se encuentran lesiones a nivel de abdomen y torax.

La presencia de fracturas en diversas partes de la economía es muy frecuente dentro del síndrome y lo habitual es que se localicen en zonas poco comunes como vertebras , costillas y pelvis, dichas lesiones pueden ser recientes y no recientes .

M A T E R I A L Y M E T O D O

El estudio fue de tipo observacional , prospectivo , transversal y descriptivo .

Con muestra de 15 pacientes en edad de 0 a 15 años, los que acudieron al servicio de urgencias de los Hospitales Pediatricos Iztacalco y Villa de los servicios de Salud del D.F. y que presentaron cuales quiera tipos de lesión física ; durante un periodo de tres meses (septiembre, Octubre y Noviembre de 1996) .

Reuniendo los criterios de : Edad entre 0 a 15 años, ambos sexos antecedentes de lesión física en cuales quiera de sus formas y que requirieron hospitalización en el periodo de estudio. A quienes se registraron las variables de sexo , edad , escolaridad , con quien viven el tipo de lesión y el segmento corporal donde estas se encuentran , así mismo se investigo la edad , el sexo , escolaridad, nivel socioeconómico , estado civil y zona geográfica del supuesto agresor .

Para el analisis estadistico se utilizaron las descriptivas como son ; promedios , Porcentajes y frecuencias relativas y resgistrados en una tabla de frecuencia , Histogramas de frecuencia y gráfica de pastel.

R E S U L T A D O S

DEL AGREDIDO:

Se estudiaron 15 casos de los cuales 12 (80%) fueron del sexo masculino y 3 (20%) del sexo femenino . *

La edad observada del grupo de 0 a 1 año fue de 4 pacientes (26.6%) de 1 a 4 años 7 (46.6%), de 5 a 9 años 2 (13.3%) y de 10 a 15 años 2 (13.3%).

ANEXO 1 *

En cuanto a la escolaridad 11 pacientes (73%) aún no iniciaban la primaria , en tanto que 3 (20%) contaba con algún grado de estudio de educación primaria y 1 (6.6%) ingresó a la secundaria. *

Se observó que 12 (80%) de los niños maltratados vivían con su familia de origen , 1 (6.6%) con otro familiar , 1 (6.6%) en la calle y 1 (6.6%) en refugio . *

Las lesiones encontradas fueron equimosis 8 (22.%) , hematomas 8 (22%) , escoriaciones 7 (19%) , trauma interno 5 (13.5%), quemaduras 3 (8%) , laceraciones 2 (5.54%) y edema 1 (2.7%). ANEXO 2 *

Los segmentos afectados fueron cabeza en 9 casos (22.5%), cara 8 (20%) , tronco 8 (20%) , miembros pelvicos 7 (19%), miembros torácicos 5 (12.5) , cuello 1 (2.5%), Genital externo 1 (2.5%), visceras 1 (2.5%) . *

* TABLA No 1

R E S U L T A D O S

DEL AGRESOR:

Las características encontradas fueron : 8 (53%) corresponden al sexo masculino y 7 (47%) al sexo femenino. *

En relación a la edad se observó que 2 casos (13.3%) eran menores de 19 años ,12 (80%) se encontraron entre los 20-35 años y 1 (6.6%) fue mayor de 36 años . *

En cuanto al parentesco se observó a la madre como posible agresora en 7 casos (47%) , el padre 3 (33.3%) ,padrastro 2 (13.3%) tío 1 (6.6%) y otro adulto no familiar 1 (6.6%). ANEXO 3 *

La escolaridad fue : analfabetas 3 (20%) , con algun grado de educación primaria 8 (53,4%) , secundaria 3 (20%) , preparatoria 1 (6.6%) . *

El estado civil fue irregular en 11 casos (73.3%) siendo solteros 4 (26.6%) , union libre 5 (33.3%) , separados 2 (13.3%) y los que fueron casados 4 (26.6%) ANEXO 4 *

En cuanto al tipo de vivienda fueron prestadas 7 (47%) ,rentada 5 (33%) y propias 3 (20%) . *

El agresor utilizó las manos en 13 casos (86.6%) para lesionar y en 2 (13.3%) los pies . *

El lugar donde ocurrió la agresión fue el domicilio del menor en 14 casos (86.6%) y en la vía pública en 2 (13.3%) . *

* TABLA No 1

C O N C L U S I O N E S

DEL AGREDIDO:

Se estudiaron a 15 pacientes víctimas de agresión física por adultos lo que representa el 34.5% de todos los ingresos a urgencias por lesiones ,durante los tres meses de estudio ,endonde el sexo masculino se vió mas afectado en el 80% de los casos , en su mayoría se encuentran en una edad entre 0 a 4 años (73.2%) y viven con su familia de origen en el 80% de los casos .

Recibieron varios tipos de lesiones siendo las más frecuentes equimosis y hematomas en un 26% de los casos , producidos por una diversidad de elementos o instrumentos .

El segmento corporal mas dañado fue cabeza y cara en un 42% seguido por extremidades tanto superiores como inferiores .

DEL AGRESOR:

El principal agresor fue la madre (7 casos). se encontró que con mayor frecuencia la edad esta delimitada entre los 20 a 35 años su estado civil es irregular ,en todos los casos el nivel socioe-conómico es bajo asi como su nivel de escolaridad .

COMENTARIO :

Los resultados y conclusiones mencionados pueden ser útiles como indicadores en los niños que son víctimas del abuso y el maltrato que hacen sospechar el diagnóstico del síndrome del niño maltrato y de esta forma poder brindarles un tratamiento oportuno y limitación del daño mediante el manejo integral tanto del niño afectado así como del agresor y la familia .

B I B L I O G R A F I A

- 1.-Kempe c.h Silverman y Cols. Sx del niño maltratado
Jama 1962 Vol.181 ,pag. 17-24
- 2.-Loredo A. Reynes M J. El niño maltratado una realidad creciente en México . Ac.Pediatr Méx 1984 Vol.5 Pag.28-37
- 3.-Loredo A.Reynes M J.El niño maltratado una realidad creciente en México II Ac Pediatr de Méx.1986 Vol.4 Pag.425-434.
- 4.-Loredo A. Medicina Interna Pediatrica
Edit.Interamericana Méx. 1992 2a edición Pag. 471-513
- 5.-Mrtinez M.C. Reyes R.R. Maltrato Infantil un problema inquietante .Bol. Med.Hosp.Infantil de Mex.agosto 1993 Vol.8 Pag.50
- 6.-Loredo a. Reynes M.J.El Maltrato del niño algunas consideraciones éticas sobre su atención. Bol.Med.Hosp. Infantil de Méx No 12 Vol. 50 Dic 1993 Pag.898-202.
- 7.-Martha C.y Cols. Mortalidad por Homicidios en niños Mexicanos de 1979 a 1990. Instituto Nac.de salud Pública No5 Vol.36 Sep 1994 pag. 529- 533.
- 8.-Polly E.Bijur Cols Alcoholismo paterno ,problemas de bebida y lesiones infantiles . Jama Mex. No4 Oct 1993 Pag 121-127.
- 9.-Dobowitz Haward Cols. Violencia familiar.
Clinicas pediatricas de Norteamerica No.1 Vol.42 Feb 1995 Pag.154-65
- 10.-Starling S. James R. Abusive Head Trauma.The Relationships of perpetrators to their Victims . Pediatrics No 2 Vol.95 Feb 1995 pag. 259-261
- 11.-Finkehor D.Los niños como víctimas de la violencia
Pediatrics No.4 Vol.84 Oct 1994 Pag. 413-419.
- 12.-Schwartz I.Rwendon J. El maltrato infantil causa o factor para la delincuencia. Chil Welfare No.5 Vol.73 Sep/Oct 1994 Pag. 639-654.

13.-Escobedo E Chavez D.Abuso sexual en pediatria, factores epidemiológicos .Bol.Med.Hosp.Infantil de Méx.No.9Vol.52 Sep.1995 pag. 528-533.

14.-Saucedo G.Abuso sexual en niños .
Bol.Med. Hosp. Infantil de Méx.No8 Vol.52 Agosto 1995 Pags.451-454

15.-Sanchez C,Morales F. Embarazo en adolescentes y sus repercusiones psicologicas .estudio comparativo .Bol.Med. Hosp.Infantil de Mex. No 8 Vol.52.Agosto 1995 pags.455 -458

16.-Tomas A. Kimberly L. Estan los niños con riesgo de abuso sexual por homosexuales . Pediatrics No.1 Vol.94 Jul 1994 Pags.41-44

FRECUENCIA DEL SINDROME DEL NIÑO MALTRATADO

C A R A C T E R I S T I C A S E P I D E M I O L O G I C A S

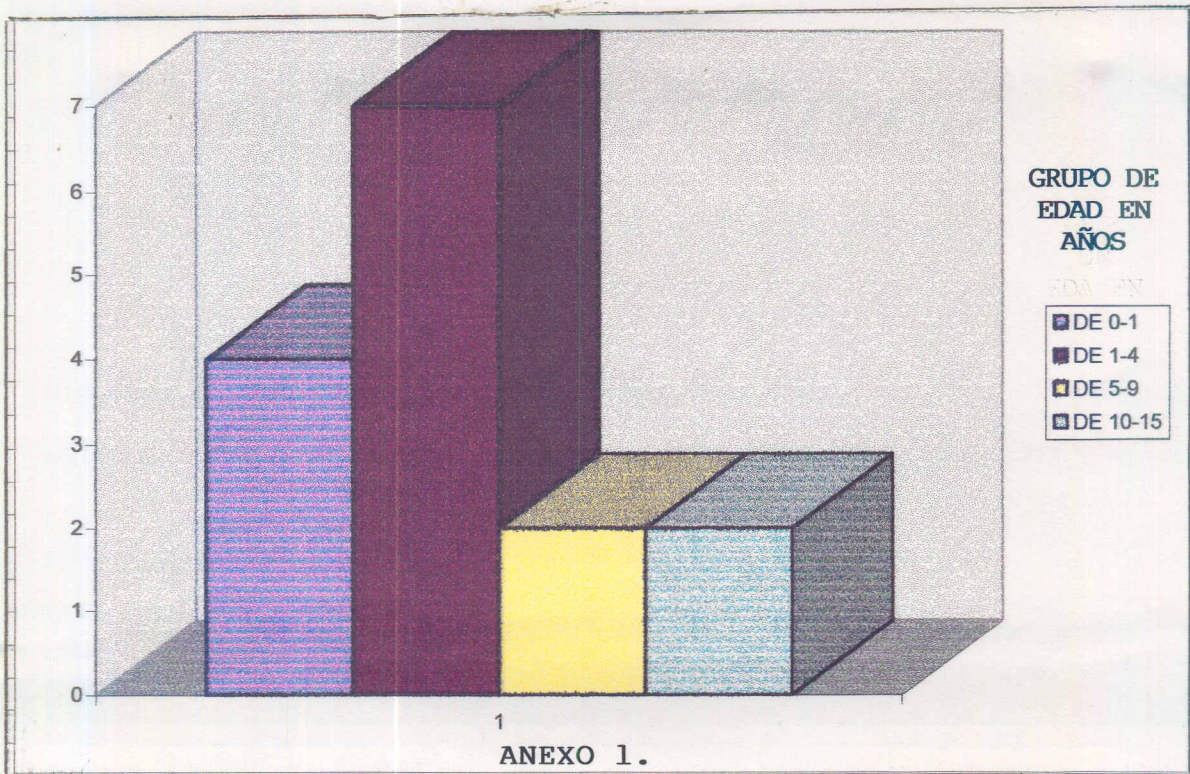
VARIABLE	No	%	VARIABLE	No	%
1.-Edada del agredido (años)			7.-Edad del agresor (años)		
0-1	4	26.6	-19	2	13.3
1-4	7	46.6	20-35	12	80
5-9	2	13.3	36-50	1	6.6
10-15	2	13.3	8.-Sexo del agresor		
2.-sexo del agredido			masculino	8	53
Masculino	12	80	Femenino	7	47
Femenino	3	20	9.-Escolaridad del agresor		
3.-Escolaridad			Analfabeta	3	20
Ninguna	11	73	Primaria	8	53.4
Primaria	3	20	Secundaria	3	20
Secundaria	2	6.6	Preparatoria	1	6.6
4.-Habitación			10.-Estado civil del agresor		
Familia de origen	12	80	Casado	4	26.6
Otro familiar	1	6.6	Union libre	5	33.3
Calle	1	6.6	separado	2	13.3
Refugio .	1	6.6	Soltero	4	26.6
5.-Tipo de lesión			11.-Parentesco del agresor		
Escoriaciones	7	19	Madre	7	47
Laceraciones	2	5.4	Padre	5	33.3
Quemadura	3	8	Padraastro	2	13.3
Equimosis	8	22	Tio	1	6.6
Hematomas	8	22	Otro adulto no fam.	1	6.6
Fractura	3	8	12.-Tipo de vivienda		
Trauma interno	5	13.5	Propia	3	20
Edema	1	2.7	Prestada	7	47
6.-Localización de la lesión			Rentada	5	33
Cabeza	9	22.5	13.-Zona geográfica de asentamiento		
Cara	8	20	Urbano	12	80
Cuello	1	2.5	Rural	3	20
Tronco	8	20	14.-Nivel económico		
Genital	1	2.5	Bajo	15	100
Ms pelvicos	7	19	Medio		
Ms toracicos	5	12.5	Alto		
Visceras	1	2.5	15.-Lugar de la agresión		
			Domicio	14	93.3
			Vía pública	1	6.6
			16.-Parte del cuerpo utilizada para agredir		
			Manos	13	86.6
			Pies	2	13.3

TABLA 1

Fuente: Encuesta realizada en los Hospitales Ped. Iztacalco y Villa.
 Año : Sep, Oct, Nov 1996.

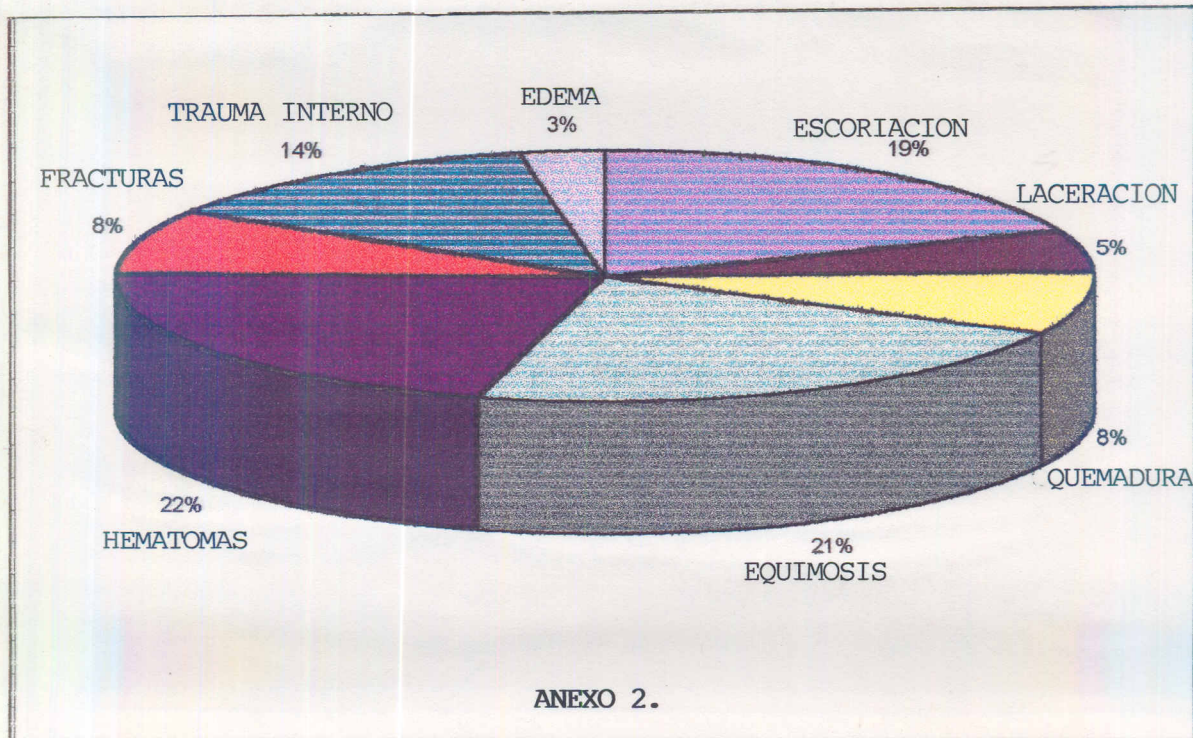
FRECUENCIA DEL SINDROME DEL NIÑO MALTRATADO

EDAD DEL AGREDIDO



FUENTE: Encuesta realizada en los Hos. Ped. Iztacalco y Villa
AÑO: 1996 (Sep, Oct y Nov)

TIPOS DE LESION

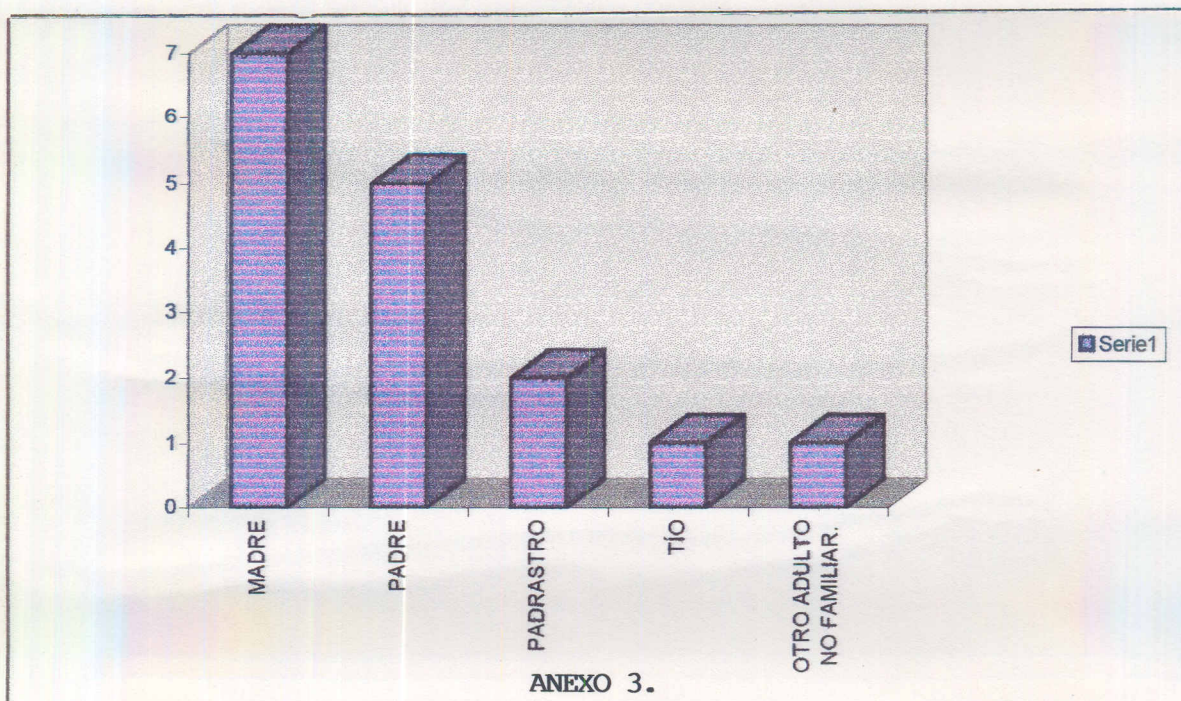


FUENTE: Encuesta realizada en los Hos. Ped. Iztacalco y Villa

AÑO: 1996 (Sep , Oct y Nov)

FRECUENCIA DEL SINDROME DEL NIÑO MALTRATADO

PARENTESCO CON EL AGRESOR



FUENTE: Encuesta realizada en los Hosp. Ped. Iztacalco y Villa

AÑO: 1996 (Sep, Oct y Nov.)

FRECUENCIA DEL SINDROME DEL NIÑO MALTRATADO

ESTADO CIVIL DEL AGRESOR



ANEXO 4.

FUENTE: Encuesta realizada en los Hosp. Ped. Iztacalco y Villa

AÑO: 1996 (Sep. Oct. y Nov.)