

11237
2 ej

77



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA
División de Estudios de Posgrado
Hospital Infantil de México
"FEDERICO GOMEZ"

CARACTERISTICAS DE NIÑOS HOSPITALIZADOS POR MALTRATO INFANTIL.

Revisión de Diez Años en el Hospital Infantil
de México "Federico Gómez" (1988-1997)

TESIS DE POSGRADO
Que para obtener el título de:
PEDIATRIA MEDICA
p r e s e n t a

DRA. LILIANA FLORES GALLARDO



Tutor: Dr. Carlos Avila Figueroa

México D. F.

1998

269274

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

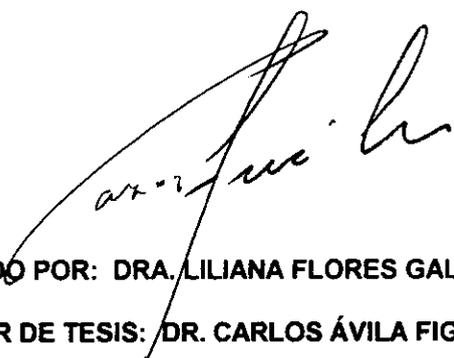
DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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.

**HOSPITAL INFANTIL DE MÉXICO
"FEDERICO GÓMEZ"**

**CARACTERÍSTICAS DE NIÑOS HOSPITALIZADOS
POR MALTRATO INFANTIL:
REVISIÓN DE DIEZ AÑOS EN EL HOSPITAL INFANTIL DE MÉXICO
"FEDERICO GÓMEZ" (1988 - 1997)**

A large, stylized handwritten signature in black ink, which appears to be "Dr. Carlos Ávila Figueroa". The signature is written over the printed text of the author and director.

REALIZADO POR: DRA. LILIANA FLORES GALLARDO

DIRECTOR DE TESIS: DR. CARLOS ÁVILA FIGUEROA

COAUTORES: DRA. MA. EUGENIA NANDI LOZANO

T.S. IMELDA GUERRERO LUCIANO

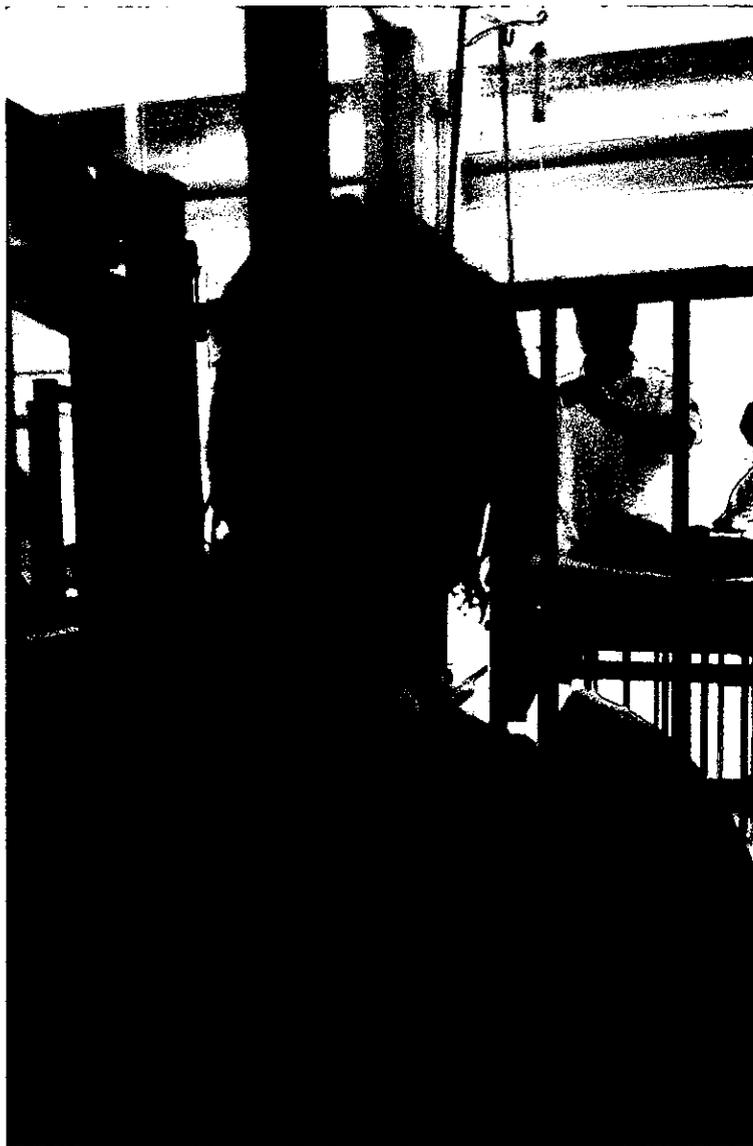
**A mi pequeño angelito
Lupita.**

**Y para los siempre niños
Carlitos, Mayra, Sandra, Adrian, Gerardo y Mundo.**

**A mis padres y todos los que han sabido
compartir esto conmigo, gracias.**

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	1
OBJETIVOS	9
MATERIAL Y MÉTODO	10
RESULTADOS	12
DISCUSIÓN	20
CONCLUSIONES	24
BIBLIOGRAFÍA	26



**CARACTERÍSTICAS DE NIÑOS HOSPITALIZADOS
POR MALTRATO INFANTIL:
REVISIÓN DE DIEZ AÑOS EN EL HOSPITAL INFANTIL
DE MÉXICO "FEDERICO GÓMEZ" (1988 - 1997)**

INTRODUCCION

El maltrato infantil (MI) ha existido desde los albores de la humanidad, el impacto que ha causado ha sido motivo de inspiración para escritores, pintores, escultores y filósofos, que en su época han dejado plasmada esta problemática a través del arte.

El maltrato en los niños se ha justificado durante muchos siglos argumentando la creencia de ser una forma de imponer disciplina, educación, agradar a los dioses o repeler a entes diabólicos. Los padres creen tener todos los derechos sobre sus hijos, de tal forma que la agresión al humano por el humano ha llegado a ser una conducta habitual de la existencia. El abuso al menor es un problema multicausal que involucra no solo al individuo que lo sufre sino a la sociedad que lo permite, condiciona y determina.

Los niños son seres eminentemente afectivos requieren de cuidados físicos y emocionales que desafortunadamente en muchas ocasiones no encuentran, generándose círculos viciosos que traen como consecuencia perturbaciones en el núcleo familiar, escolar y social, o bien expresando el sufrimiento o dolor moral con disfunciones en las diferentes esferas biopsicosociales.

Las diversas investigaciones internacionales realizadas sobre el particular indican que puede presentarse a cualquier edad y en todos estratos socioeconómicos independientemente de la raza o religión. Las lesiones físicas pueden ser leves o

tan graves y profundas que ocasionen la muerte o bien, dejar cicatrices que tal vez desaparezcan pero el daño psicológico que imprimen llega a ser tan intenso que origina alteraciones en la personalidad, toxicomanías, conductas antisociales, suicidios o bien, ir a engrosar las ya de por sí numerosas filas de los llamados "niños de la calle " para continuar siendo maltratados¹

En México, las investigaciones realizadas se han enfocado al maltrato físico y abuso sexual, pero poco se ha publicado sobre los aspectos clínicos y sociales involucrados en esta problemática, por lo que este estudio pretende identificar las características clínicas y sociales que presentan los niños maltratados que ingresan con diagnóstico de MI al Hospital Infantil de México "Federico Gómez" (HIM).

El término de Niño Golpeado fué utilizado por el Dr. C. Henry Kempe del Hospital Univesitario en Denver Colorado² posteriormente Fontana lo sustituye por Síndrome de Maltrato en los niños ampliando el concepto no solo a las lesiones físicas sino también a otras de maltrato como las psicológica y la negligencia^{3,4}.

Como un antecedente de fundamental importancia en el estudio de este síndrome se encuentra Mary Ellen, primer caso de maltrato físico que provocó la intervención legal en los estados Unidos de Norteamérica en 1874, como no existía una ley ni dependencia que tuviese facultades para intervenir, en forma irónica el caso fué llevado a la corte avalado por la Sociedad Protectora de Animales, fundamentando que su defensa legal solo se podía realizar a este nivel. A raíz de este hecho, surge en los Estados Unidos la Sociedad de Protección de la Crueldad de los Niños en 1875^{3,5,6} y posteriormente surgen otras organizaciones con esta misma función ⁶

Kempe definió inicialmente al Síndrome como " El uso de la fuerza física en forma

intencional, no accidental, dirigida a herir y lesionar o destruir a un niño, ejercido por parte de sus padres o de otra persona responsable del cuidado del menor"^{2,7}. La Comisión Nacional de los Derechos Humanos propone: "Toda aquella forma extrema de amenazas, represión, castigos o humillaciones que inflijan un sufrimiento físico, psicológico o moral a un ser humano y más a un si se trata de un menor"⁸.

En este estudio se adaptará la definición que el Sistema de Desarrollo Integral de la Familia (DIF) ha utilizado para identificar a los niños con MI: "Los menores de edad que enfrentan y sufren ocasional o habitualmente violencia física, emocional o ambas ejecutadas por acción u omisión, pero siempre en forma intencional, no accidental, por padres, tutores, custodios o personas responsables de éstos"⁹.

Kieran y Hagan hacen una diferenciación entre maltrato psicológico y emocional, con respecto del primero indican que "es todo ataque concertado por un adulto hacia un niño, un comportamiento sostenido y repetido que daña o impide el desarrollo de facultades mentales importantes, particularmente cognoscitivas, como inteligencia, percepción, atención, reconocimiento y memoria, reduciendo el potencial creativo y el desarrollo de facultades mentales". En relación al segundo, "Es cuando el adulto presenta una respuesta sostenida, repetida e inapropiada a la expresión de emoción del niño y su conducta acompañante, es causa de dolor emocional, que lo incapacita para expresarse espontanea, apropiada y positivamente. Por tanto, este tipo de abuso deteriora la vida emocional impidiendo su desarrollo en esta área en tanto que el abuso psicológico deteriora la vida y el desarrollo mental. Derivadas de ambos tipos de abusos son las conductas destructivas, aislamiento, alteraciones emocionales y sociales"¹⁰.

Claussen-Crittenden, en 175 niños estudiados concluyen que el maltrato psicológico está presenta en casi todos los casos de maltrato físico, además de estar más relacionado con efectos negativos en los niños que con la severidad del

daño. No obstante, el maltrato psicológico, puede ocurrir por sí solo.

Tres son los elementos básicos que se requieren para que esta patología médico social sea observada : 1. Un niño "especial"; 2. El agresor y 3. Un proceso "detonante".

1. ¿Qué características existen en estos niños que de una u otra forma permiten que se les catalogue como "niños especiales"?

En ellos cuatro situaciones están bien identificadas y su presencia los coloca en el contexto de alto riesgo para ser víctimas de maltrato: a)ser portador de una malformación física sin que importe su gravedad y localización; b)que curse con un padecimiento crónico; c)sufrir deterioro neurológico de grado y severidad variable y d)ser producto no deseado.

La presencia de estos elementos prácticamente convierte al menor en un sujeto de alto riesgo para que sea víctima de malos tratos. De esta manera el médico que participa en la atención de estos pacientes siempre deberá de considerar la factibilidad de observar el síndrome en cualquiera de sus expresiones.

2. Del agresor se tendrá presente la existencia de a)antecedente de haber sido víctima de maltrato en cualquiera de sus variedades; b)consumo de drogas; c) consumo de alcohol y d)ser padrastro o madrastra.

Al igual que en el niño, los datos antes mencionados siempre deben ser considerados como factores de alto riesgo para el desarrollo de maltrato al menor.

3. El fenómeno "detonante" casi siempre gira alrededor de los aspectos económicos y habitualmente se expresa como a) pérdida súbita del empleo;

b) descompostura de un aparato eléctrico; c) habitar en una vivienda con o sin mínimos servicios generales; d) la existencia de disfunción conyugal y e) vivir en una zona de conflicto ambiental o bélico.

La agresión siempre es ocasionada por un familiar o un adulto que se encuentra en estrecha relación con el menor. Bajo el contexto clínico quedan incluidos: el maltrato físico, el abuso sexual, la privación social y la emocional, los niños de la calle y en la calle; formas que habitualmente son consideradas por los profesionales interesados en el tema. Sin embargo, también deben tenerse presentes otras expresiones clínicas que son menos señaladas como: a) el abuso fetal, b) los niños de la frontera norte de México, c) el ritualismo satánico, d) niños víctimas de maltrato étnico, e) síndrome de Munchausen en niños y f) los niños de la guerra.¹¹

En otros países, el MI ha sido foco de numerosos estudios con diferentes enfoques. El tema se ha enfocado a serios problemas metodológicos, entre los más significativos se encuentran los de definición¹², clasificación, diferenciación de formas crónicas de incidentes aislados, identificación de fuentes potenciales de sesgo en las muestras estudiadas, criterios para seleccionar grupos de comparación, decisión de si se debe o no informar a los sujetos del estudio de que la investigación se trata sobre el maltrato, seguimiento de sujetos en estudios longitudinales y consecuencias psicológicas del MI^{13,14}

Luntz en un estudio de cohortes realizado durante 20 años describe de las consecuencias que presentan los niños víctimas de abuso y negligencia, relacionándolo con diversas formas de desajustes tales como desórdenes conductuales, abuso de sustancias, agresividad, delincuencia, criminalidad, conductas violentas, niveles bajos de empatía, depresión e ideación suicida con intentos de suicidio, además de ser uno de los factores predisponentes de los

desórdenes de personalidad antisocial.¹⁵

Sanders asocia el maltrato en la niñez con el problema de somatización, ansiedad, depresión, comportamiento obsesivo compulsivo, disociación y conductas suicidas, detectado a través de una Escala de Abuso y Trauma en el niño (CAT), relacionándolo con la presencia de desórdenes de personalidad múltiple.¹⁶

Feldman encontró alteraciones en la conducta social asociado con niños sujetos de abuso físico quienes mostraron mayor agresividad comparados con niños no maltratados; observó también que la violencia familiar además del abuso está relacionado con disturbios conductuales no solo en niños que han sido víctima de esta violencia doméstica, sino en aquellos que la han presenciado¹⁷. La escisión es otra de las consecuencias derivadas del MI, esto desarrollado como un mecanismo de defensa ante la conceptualización de las alteraciones psicológicas de abuso en la niñez, individuos que experimentan estados impactantes de dolor emocional, realizan introyecciones negativas de los objetos primarios que originan fragilidad del Self y consecuentemente la escisión defensiva¹⁸, resultados similares son reportados por Irwin¹⁹.

Cerezo enfocó su estudio al funcionamiento psicológico de niños no maltratados; encontrando que los primeros presentan sensación de tristeza, baja autoestima, aversión a eventos traumáticos de su vida, utilizando los siguientes instrumentos Kovacs Children's Depression Inventory (CDI) y Kaslow's Children Attributional Style Questionnaire (CASQ)²⁰.

De Paul y Arruabarrena compararon a niños de edad escolar con maltrato físico, y abandonados con un grupo de niños clasificado como de "bajo riesgo" de maltrato. Para la obtención de los datos utilizaron la versión para maestros del Children Behavior Checklist y la Child Abuse Potential Inventory (CAP) encontrándose mayor puntuación en los grupos de maltrato y de abandono físico en la subescala

de problemas de conducta (agresión), problemas sociales, de atención y de menor ajuste escolar²¹. Barnett y cols también encuentran relación entre MI y problemas escolares relacionados con falta de motivación e incompetencia escolar entre otros.²²

Por otra parte, Levendosky y cols. encontraron que la depresión infantil y el MI están asociados como predictores de problemas en el hogar, escuela y relaciones con los compañeros, es decir problemas de competencia social y habilidades para resolver conflictos, ésto se pudo establecer mediante el Child Behavior Checklist (CBCL).²³

A través del dibujo de la figura humana y la dinámica familiar es posible identificar el maltrato del menor con abuso sexual, emocional o físico y detectar problemas en el área sexual, emocional o física y detectar problemas en el área sexual y comportamiento emocional²⁴.

Prino y Peyrot detectaron la presencia de conducta agresiva, retraída y prosocial en tres grupos de niños: un grupo con maltrato físico, otro con víctimas de negligencia y un tercero con niños no maltratados utilizando técnicas psicológicas proyectivas (figura humana, dibujos kinéticos de grupo, historias verbales infantiles) y las evaluaciones de los profesores con los Pittsburgh Adjustment Survey Scales, encontrando que los niños con maltrato físico presentaron significativamente mayor conducta agresiva que los víctima de negligencia o no maltratados. El estudio destaca la importancia del test de la figura humana en el diagnóstico e identificación de problemas emocionales que con otras pruebas no sería posible descubrir²⁵.

Gracia en España examina los factores psicosociales en niños con sospecha de maltrato físico y psicológico, evaluando las características de estos y sus padres a nivel individual, familiar y social para lo cual se utilizaron 7 instrumentos

específicos para cada una de estas áreas por ejemplo: Child Behavior Checklist-Parentform (CBCL), Symptom Checklist-90, Family Environment Scale (FES), Family Inventory of Life Events and Changes (FILE) Community Support Questionnaire (CSQ). Los datos indicaron un pobre ajuste personal y social de los niños con sospecha de maltrato. Variables como status económico, estrés, síntomas psicológicos, número de hijos están en relación con los diferentes tipos de maltrato²⁶.

En México hay reportes de investigación realizadas sobre maltrato. Uno de los cuales se llevó a cabo en Instituciones de salud en el norte del país en donde se describen las diferentes formas de abuso físico, sexual, abandono e indiferencia afectiva ²⁷. Otro estudio realizado en el Hospital General de Tlaxcala de la Secretaría de Salud en donde a partir de niños hospitalizados de 0 a 14 años de edad se establecieron cuatro criterios de abuso: físico, sexual, malnutrición orgánica y mixto (físico, sin malnutrición orgánica)²⁸. El estudio realizado por Escobedo sobre abuso sexual²⁹, así como el de Valenzuela y cols. relacionado con alteraciones psicosomáticas y el comportamiento sexual de adolescentes con abuso sexual en la niñez³⁰. Además de los realizados por el Dr. Loredó Abdalá y cols. sobre diferentes aspectos del maltrato físico.

En la literatura existen pocas publicaciones referentes al MI a nivel nacional por lo que se hace necesario determinar cuáles son las características clínicas y sociales que presentan los niños que ingresan con diagnóstico de maltrato infantil al Hospital Infantil de México "Federico Gómez", con el propósito de establecer un perfil del niño maltratado que permita su identificación y tratamiento temprano, pero sobre todo en un futuro prevenirlo.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Identificar las características clínicas y sociales de niños que ingresan con diagnóstico de maltrato infantil al Hospital Infantil de México "Federico Gómez".

OBJETIVOS ESPECIFICOS

Identificar el tipo de maltrato infantil que amerita hospitalización.

Describir las lesiones físicas más frecuentes y su localización.

Conocer el tipo de agresor en los diferentes tipos de maltrato infantil.

MATERIAL Y METODO

Se realizó un estudio descriptivo en los niños que ingresan al Hospital Infantil de México "Federico Gómez" con impresión diagnóstica de MI por el personal de esta Institución.

Se revisaron los expedientes clínicos en los últimos 10 años -Enero de 1988 a Diciembre de 1997-: registrando los datos obtenidos, en una hoja de recolección de datos que incluye características clínicas y sociales al momento del ingreso del paciente al HIM (ANEXO I).

Las características clínicas se obtuvieron del expediente médico; mientras que los aspectos sociales se recabaron de los expedientes del archivo de trabajo social donde se valoró dinámica familiar de los casos.

El diagnóstico se reconoció con base a las definiciones propuestas por la Federación Iberoamericana contra el Maltrato Infantil que son las siguientes 11: -

- **MALTRATO INFANTIL:** Se define como Maltrato Infantil a todos aquellos menores de edad que enfrentan y sufren ocasional o habitualmente violencia física y/o emocional por acción u omisión no accidental sino en forma intencional por padres, tutores, custodios o personas responsables de su cuidado.
- **MALTRATO FISICO:** Aquel donde se encuentran huellas del objeto agresor - cinturón, zapato, cadena etc-. Eritema, equimosis, inflamación, deformación de la región, fractura, sutura visceral. Ingresos frecuentes al hospital por lesiones cuya causa no es clara.
- **MALTRATO SEXUAL:** Presencia en genitales y/o ano de equimosis, laceración, sangrado, prurito, inflamación, himen perforado (en niñas), dificultad para caminar, semen, infecciones, somatización. En adolescentes dispareunia.

- **MALTRATO PSICOLOGICO:** Deterioro principalmente en el área cognoscitiva, autodevaluación y bajo rendimiento escolar, retraso en el desarrollo psicomotor.
- **MALTRATO EMOCIONAL:** El paciente presenta problemas para relacionarse con los demás, poco expresivo, sensación de no ser querido, de ser rechazado. No juega, se aísla, se observa silencioso y triste.
- **MALTRATO POR NEGLIGENCIA:** El paciente presenta poca higiene, desnutrición de grado variable, aspecto enfermizo, ropa inadecuada para el clima o lugar. Habitación inadecuada. Sin asistencia médica oportuna, astenia, adinamia permanentes.

La descripción general de las variables en estudio se realizó mediante frecuencias simples y porcentajes.

RESULTADOS

Se revisaron en total 83 expedientes clínicos, de los cuales 12 no contaban con los criterios de inclusión y en 12 se descartó el diagnóstico de maltrato infantil durante la estancia del paciente en el hospital.

Se encontró que el sexo más afectado fue el masculino, siendo el 54% de los casos. Los grupos etáreos más afectados fueron entre los 0 - 12 meses concentrándose aquí el 34% de los casos y de 2 - 4 años siendo el 24% de los casos. (Cuadro 1)

El tipo de maltrato más frecuente fue el físico, el cual se presentó en el 56% de los casos, seguido por el de tipo negligencia, siendo el 27% de los casos. Cabe señalar que el 10% de los casos presentaba además del maltrato físico otro tipo de maltrato adicional, siendo en la mayoría de los casos del tipo negligencia. (Cuadro 2)

El maltrato físico fue el más frecuente. Los 3 tipos de lesión más encontrados fueron traumatismo de partes blandas diagnosticado con base a zonas de equimosis o hematomas (64%), quemadura (2,5%) y fractura (33.5%). Los sitios anatómicos más afectados fueron el cráneo (40.5%), seguido por las extremidades (28.5%). (Cuadro 3).

De los 17 casos registrados de traumatismo craneoencefálico el 54% presentaron algún tipo de hemorragia intracraneal, siendo la localización más frecuente la subdural (24%), seguida de la subaracnoidea y posteriormente la intraparenquimatosa. (Cuadro 4)

En cuanto al abordaje de estudio de los casos de maltrato infantil, encontramos que únicamente el 3.4% de los pacientes cuenta con valoración por parte del servicio de psicología, 29% cuenta con valoración neurológica. Los estudios de gabinete convencionales para este tipo de pacientes fueron radiografías de huesos largos en el 56% de los pacientes, serie ósea de cráneo en 57.6% de los pacientes. Se realizó TAC de cráneo en 25.4% de los pacientes. (Cuadro 5)

En los casos de maltrato infantil encontramos que el 50.8% de los pacientes se encuentran con retraso en el desarrollo psicomotor, encontramos únicamente un caso de hiperkinesia. (Cuadro 6)

Se encontró que el 51% de los casos de maltrato infantil se encontraban con desnutrición y anemia a su ingreso al HIM; sin embargo, 37.2% de los casos se encuentran sin desnutrición. (Cuadro 7)

Se encontró que el 12% de los casos de maltrato infantil presentaba encefalopatía fija como parte de sus antecedentes personales patológicos. (Cuadro 8).

De los 59 casos incluidos en el estudio, encontramos 6 defunciones, todas secundarias al maltrato, no encontrándose otra patología de base como causa de defunción en el estudio histopatológico. En cuanto a los días de estancia intrahospitalaria el 57.6% de los casos estuvo internado entre 1-15 días, el 32,2% de 16-32 días y el 10.2% más de 1 mes. (Cuadro 9).

Se observó que la madre fue el agresor en el 30.5% de los casos, seguido por el padre en el 20.3% de los casos; sin embargo, en el 32.2% de los casos no se pudo determinar durante la estancia del paciente en nuestra Institución quien fue el agresor. (Cuadro 10)

El 35.5% de los agresores presentó algún tipo de toxicomanía, 23.8% presentó tabaquismo y alcoholismo. (Cuadro 11).

La edad más frecuente de los agresores fué entre los 19 a 25 años, representando el 25.4% de los casos. (Cuadro 12).

El nivel de escolaridad del agresor fué en la mayoría de los casos primaria (40.6%), seguido por escolaridad secundaria en 15.3%, solamente 3.4% de los casos eran analfabetas. (Cuadro 13).

La dinámica familiar se encontró disfuncional en el 27% de los casos (cuadro 14); siendo el tipo de familia incompleta y nuclear las más frecuentes (cuadro 15).

CUADRO 1
MALTRATO INFANTIL
DISTRIBUCIÓN POR EDAD Y SEXO

EDAD	FEMENINO		MASCULINO	
	No	%	No	%
0 - 12 MESES	10	17	10	17
1 - 2 AÑOS	7	11.8	6	10
2 - 4 AÑOS	3	5	11	18.7
4 - 6 AÑOS	4	7	2	3.3
6 - 12 AÑOS	3	5	3	5
13 -18 AÑOS	-	-	-	-
TOTAL	27	46	32	54

CUADRO 2
TIPO DE MALTRATO

TIPO DE MALTRATO	No	%
FÍSICO	33	56
SEXUAL	3	5
PSICOLÓGICO	-	-
EMOCIONAL	1	2
NEGLIGENCIA	16	27
FÍSICO Y OTROS	6	10
TOTAL	59	100

CUADRO 3
REGIÓN AFECTADA Y TIPO DE LESIÓN
EN LOS CASOS DE MALTRATO FÍSICO Y SEXUAL

REGION AFECTADA	TRAUMATISMO		QUEMADURA		FRACTURA	
	No	%	No	%	No	%
CARA	7	16.5	1	2.5	-	-
CRÁNEO	12	28.5	-	-	5	12
TORAX	1	2.5	-	-	1	2.5
ABDOMEN	-	-	-	-	-	-
GENITALES	3	7	-	-	-	-
EXTREMIDADES	4	9.5	-	-	8	19
TOTAL	27	64	1	2.5	14	33.5

CUADRO 4
MALTRATO FISICO
FRECUENCIA Y LOCALIZACIÓN DE HEMORRAGIA INTRACRANEAL
EN LOS CASOS DE TRAUMATISMO CRANEOENCEFÁLICO

LOCALIZACIÓN	No	%
EPIDURAL	-	-
SUBDURAL	4	24
SUBARACNOIDEA	3	18
PARENQUIMATOSA	2	12
INTRAVENTRICULAR	-	-
TOTAL	9	54

CUADRO 5
MALTRATO INFANTIL. TIPO DE VALORACIÓN
ADICIONAL A LA REALIZADA POR EL PEDIATRA

VALORACIÓN	No	%
NEUROLÓGICA	17	29
PSICOLÓGICA	2	3.4
RADIOLÓGICA:		
• RX DE CRANEO	34	57.6
• RX DE HUESOS	33	56
LARGOS		
• TAC DE CRANEO	15	25.4

CUADRO 6
DESARROLLO NEUROLÓGICO EN LOS CASOS
DE MALTRATO INFANTIL

DESARROLLO	No	%
PSICOMOTRIZ		
NORMAL	28	47.5
RETRASO	30	50.8
HIPERKINESIA	1	1.7
TOTAL	59	100

CUADRO 7
ESTADO NUTRICIONAL DE PACIENTES
CON MALTRATO INFANTIL

ESTADO NUTRICIONAL	No	%
CON DESNUTRICIÓN	7	11.8
SIN DESNUTRICIÓN	22	37.1
CON DESNUTRICIÓN Y	30	51
ANEMIA		
TOTAL	59	100

CUADRO 8
PADECIMIENTOS CRONICOS ASOCIADOS
EN LOS CASOS DE MALTRATO INFANTIL

PATOLOGÍAS	No	%
ASOCIADAS		
PORTADOR DE VDVP*	1	1.7
ENCEFALOPATIA FIJA	7	12
TOTAL	8	13.7

*Válvula de derivación ventrículo peritoneal.

CUADRO 9
DIAS DE ESTANCIA INTRAHOSPITALARIA
DE CASOS DE MALTRATO INFANTIL

DIAS	No	%
1 - 15 DIAS	34	57.6
16 - 30 DIAS	19	32.2
MAS DE 30 DIAS	6	10.2
TOTAL	59	100

CUADRO 10
AGRESOR EN LOS CASOS DE MALTRATO INFANTIL

AGRESOR	No	%
MADRE	18	30.5
PADRE	12	20.3
MADRASTRA	2	3.4
PADRASTRO	2	3.4
AMBOS PADRES	4	6.8
OTRO FAMILIAR	2	3.4
NO FAMILIAR	-	-
SE DESCONOCE	19	32.2
TOTAL	59	100

CUADRO 11
ADICCIONES EN EL AGRESOR

ADICCION	No	%
TABAQUISMO Y	14	23.8
ALCOHOLISMO		
TOXICOMANIAS	5	8.5
NINGUNA	21	35.5
SE DESCONOCE	19	32.2
TOTAL	59	100

CUADRO 12
EDAD DEL AGRESOR EN LOS CASOS
DE MALTRATO INFANTIL

EDAD	No	%
13 - 18 AÑOS	5	8.5
19 - 25 AÑOS	15	25.4
26 - 32 AÑOS	9	15.2
33 - 39 AÑOS	8	13.5
MÁS DE 40 AÑOS	3	5
SE DESCONOCE	19	32.4
TOTAL	59	100

CUADRO 13
ESCOLARIDAD DEL AGRESOR EN
LOS CASOS DE MALTRATO INFANTIL

ESCOLARIDAD	No	%
PRIMARIA	24	40.6
SECUNDARIA	9	15.3
MEDIO SUPERIOR	4	6.7
LICENCIATURA	-	-
ANALFABETA	2	3.4
SE DESCONOCE	20	34
TOTAL	59	100

CUADRO 14
DINÁMICA FAMILIAR EN LOS CASOS
DE MALTRATO INFANTIL

DINAMICA FAMILIAR	No.	%
BPI*	11	18.6
DISFUNCIONAL	27	45.8
FUNCIONAL	11	18.6
SE DESCONOCE	10	17
TOTAL	59	100

***Bajo protección institucional por el Ministerio Público**

CUADRO 15
TIPO DE FAMILIA EN LOS CASOS
DE MALTRATO INFANTIL

TIPO DE FAMILIA	No.	%
BPI*	11	18.7
NUCLEAR	13	22
MIXTA	8	13.5
EXTENSA	4	6.8
INCOMPLETA	13	22
SE DESCONOCE	10	17
TOTAL	59	100

* Bajo protección institucional por el Ministerio Público.

DISCUSION

Hay una gran cantidad de definiciones acerca del niño con maltrato, pero entre las más completas destaca la de Henry Kempe (1961): "el uso de la fuerza física en forma intencional, no accidental, dirigida a herir, lesionar o destruir a un niño, ejercida por parte de un padre o de otra persona responsable a cargo del menor".^{3,4}

Se han realizado estudios descriptivos tratando de establecer el perfil clínico y el entorno social de pacientes con Sx de Kempe. Entre los más importantes podemos citar los realizados en nuestra Institución realizados por la Dra Amapola Adell Gras y el Dr José Domingo Gamboa Marrufo, y los realizados en el INP por el Dr Arturo Loredo Abdalá en la clínica de Atención Integral del Niño Maltratado.^{4,31}

En nuestra Institución se encontró que en los últimos 10 años, el tipo de maltrato más frecuente fué el físico, seguido por el de tipo negligencia y posteriormente maltrato físico aunado a otro tipo de maltrato, el cual en la mayoría de los casos fué de tipo negligencia y psicológico. Los datos anteriores coinciden con lo reportado en la literatura.^{4,11,12,31} Sin embargo no podemos puntualizar categóricamente que este tipo de maltrato sea el que se presente con más frecuencia en la infancia, ya que nuestra Institución, siendo un importante centro de referencia a nivel nacional, no es el primero en recibir pacientes con agresiones de índole sexual, siendo el Ministerio Público el principal encargado de esta tarea. Lo que si observamos es que el siguiente tipo de maltrato más frecuente (27%) es la negligencia, que se observa con bastante regularidad en pacientes que acuden a nuestra Institución. Llama la atención que no se encontró una franca asociación de maltrato con la presencia de padecimientos crónicos como se reporta en la literatura⁴. En nuestro estudio únicamente encontramos la asociación de un

padecimiento crónico con maltrato en 8 pacientes; siendo la encefalopatía fija con retraso en el desarrollo psicomotor global la principal patología. Por desgracia las condiciones socioeconómicas de nuestro país hacen difícil juzgar en qué caso nos encontramos ante negligencia, ignorancia o extrema pobreza como condicionantes de maltrato infantil.⁴

El grupo etéreo más afectado se ubicó entre los 0 y 12 meses seguido por el periodo entre los 2 y 4 años, datos que coinciden con lo ya reportado en la literatura. En un estudio realizado en nuestra institución entre enero de 1980 y diciembre de 1988, se reportó que el grupo mayormente afectado fue el de menores de 1 año, seguido por el grupo de 3 a 6 años.⁴

Encontramos que este tipo de pacientes que se encuentran en los grupos etéreos antes mencionados, son presa fácil de la violencia física debido a su incapacidad de defensa tanto física como psicológica frente al agresor, en comparación con pacientes adolescentes o escolares^{27, 28}.

Por desgracia el diagnóstico de maltrato infantil en nuestra institución se realiza casi siempre ante la presencia de un menor severamente lesionado físicamente y una versión contradictoria acerca de lo ocurrido al niño. Las lesiones físicas encontradas con más frecuencia fueron las fracturas, siendo el cráneo y las extremidades las más afectadas. De los traumatismos en cráneo encontramos que un 54 % evolucionaron a una hemorragia intracraneal siendo la hemorragia subdural la localización más habitual (24%).

Estos datos son alarmantes en el sentido de que poco más de la mitad de los pacientes con traumatismo craneoencefálico presentan algún tipo de hemorragia, lo cual complica y determina la calidad de vida de estos pacientes, al condicionar retraso en el desarrollo y discapacidades.

Los datos anteriores son útiles indicadores, ya que con esto debemos de enfatizar el uso rutinario de la serie ósea de huesos largos y cráneo; así mismo, la utilidad de una tomografía de cráneo en casos de traumatismo craneoencefálico moderado o severo ante la probabilidad alta de una hemorragia.

Se ha mencionado que pacientes con padecimientos crónicos, hiperkinesia son susceptibles de ser niños maltratados, siendo estas condiciones la causa detonante^{4, 31}. Esto se corroboró en nuestro estudio donde encontramos que más de la mitad de nuestra población presentó estas condiciones. No obstante, el 47.5 de nuestros casos tenían un desarrollo psicomotor normal al momento de su ingreso, siendo diversas las causas detonantes de su maltrato (desempleo del agresor, alcoholismo, drogadicción, antecedente de maltrato en la infancia).

Dentro de las repercusiones del maltrato infantil sobre el desarrollo del niño se encuentra su repercusión sobre el estado nutricional. Se ha reportado que los niños con síndrome de Kempe son pacientes desnutridos^{2,3,5,9,31}. Encontramos que el 63% de nuestra población se encontraba con algún grado de desnutrición y anemia a su ingreso.

Por desgracia, en nuestra institución el 32.4% de los casos, no se logra identificar al agresor lo cual es un sesgo importante para realizar el perfil del agresor. Observamos coincidentemente con el resto de la literatura que las madres siguen siendo los agresores más frecuentes y el sexo masculino sigue siendo el más afectados^{9,10,11,31}. Otro sesgo importante en nuestro estudio se encuentra en el rubro de las adicciones presentes en el agresor donde se reporta que el 35.5 % no es adicto a ninguna sustancia, lo cual es poco probable por el entorno psicosocial de dichas personas. El grupo etáreo más frecuente de agresores se encontró entre los 19 y 25 años los cuales contaban en la mayoría de su caso únicamente con escolaridad primaria.

Encontramos que el 10.17% de los casos terminaron en defunción lo cual es un porcentaje muy significativo. Todas las defunciones fueron atribuidas al maltrato infantil.

Uno de los objetivos principales de esta investigación consiste en establecer un protocolo de estudio para pacientes con maltrato infantil. Se ha reportado extensamente en la literatura las repercusiones psicológicas del maltrato infantil^{15,19,20,24}. Desafortunadamente solo el 3.4% de nuestra población de estudio, contó con valoración psicológica y el 29%, valoración neurológica.

En el aspecto social, el 27% de las familias presentaban una dinámica disfuncional secundaria en la mayoría de los casos a alcoholismo, toxicomanías, o padres altamente agresivos durante la entrevista con el equipo de trabajo social. Cabe mencionar que se encontraron grandes diferencias entre lo referido por el familiar al pediatra al interrogar antecedentes heredo-familiares con respecto a toxicomanías, a lo reportado a trabajo social.

CONCLUSIONES.

El principal tipo de maltrato fue el físico, siendo las fracturas en extremidades y el traumatismo craneoencefálico las lesiones más frecuentes, lo cual justifica el uso rutinario de la serie osea de huesos largos y cráneo en estos pacientes.

Los lactantes entre 0 y 12 meses fueron el grupo más afectado, predominando en éste, el sexo masculino, definiendo estos grupos como indicadores de alto riesgo.

El 54% de los pacientes con traumatismo craneoencefálico moderado y severo cursan con algún tipo de hemorragia intracraneal, lo cual puede justificar el realizar una tomografía de cráneo al ingreso del paciente al servicio de urgencias.

En la población que acude a esta institución no se observa una asociación constante entre maltrato infantil y algún padecimiento crónico o degenerativo de fondo.

El perfil social del agresor presenta un sesgo importante en este estudio, al no poderse identificar en cerca de una tercera parte de la población. Sin embargo, concordante a la literatura, las madres siguen siendo los principales agresores.

El nivel escolar promedio del agresor, es únicamente primaria. La mayoría de ellos se encuentran entre los 19 y 25 años.

El 63% de los casos se encuentran con desnutrición.

El abordaje del paciente con síndrome de Kempe debe incluir:

- valoración pediátrica integral.
- serie ósea de huesos largos y cráneo.

- tomografía de cráneo en caso de traumatismo craneoencefálico moderado y severo.
- valoración por los servicios de psiquiatría, ortopedia y neurología.



BIBLIOGRAFÍA

1. Subsecretaría de Servicios de Salud Pública en el D.F. Boletín de los Servicios de Salud. Cincuenta años de Salud Pública en el D.F. Nov 1995 p22.
2. Kempe HC, The Bettered-child syndrome. JAMA 1962;181(1):105-13.
3. Fontana V. En defensa del niño maltratado. México: Ed. Pax 1979, p332.
4. Loredó AA. Maltrato al menor. México: Nueva Editorial Interamericana McGraw-Hill. 1994, p162.
5. Osorio CA. El niño maltratado. 2a Ed. México: Ed Trillas. 1995. p78.
6. Kempe RS, Kempe HC. Niños maltratados. 3a Ed. Madrid 1985.
7. Kempe HC. Paediatric implications of the battered baby syndrome. Arch Dis Child 1971;46(28)28-37.
8. Aguilar AM. Maltrato a menores. En: Memorias del 2o Simposium Interdisciplinario e Internacional. El maltrato a los niños y sus repercusiones educativas. México. FICOMI. 1992;1:192-200.
9. Gamboa CF. Prevención al maltrato del menor. En: Memorias del 2o Simposium Interdisciplinario e Internacional. El maltrato a los niños y sus repercusiones educativas. México. FICOMI. 1992;2:300-7.
10. Kieran P. Emotional and psychological abuse: problems of definition. Child Abuse & Neglect 1995; 19(4):446-61.

11. Santana TR, Sanchez AR. El maltrato infantil: un problema mundial. *Salud Pública Mex* 1998;56:311-20.
12. Gough D. Defining the problem. *Child Abuse & Neglect* 1996;20(11):993-1002.
13. Milling KE. Methodological issues and practical problems in conducting research on maltreated children. *Child Abuse & Neglect* 1994;18(8):645-56.
14. Bertolli J, Morgesten H. Estimating the occurrence of child maltreatment and risk factor effects: Benefits of a mixed-design strategy in epidemiologic research. *Child Abuse & Neglect* 1995;19(8):1007-1016.
15. Luntz BK, Spatz WC. Antisocial personality disorder in abuse and neglected children grown up. *Am J Psychiatry* 1994;151(4):670-4.
16. Sanders B, Lausen EB. The measurement of psychological maltreatment: Early data on the child abuse and trauma scale. *Child Abuse & Neglect* 1995;19(3):315-23.
17. Feldman R, et al. Parent, teacher and peer rating of physically abused and nonmaltreated children's behavior. *J abnormal Child Psychology* 1995;23(3):317-34.
18. Beerland JA. Splitting as a consequence of severe abuse in childhood. *J Psychiatr Clin North Am* 1994;17(14):731-42.
19. Irwin JH. Traumatic Childhood events, perceived availability of emotional support, and the development of dissociative tendencies. *Child Abuse & Neglect* 1996;20(8):701-7.

- 20.Cerezo MA, Frías D. Emotional and cognitive adjustment in adjustment in abused children. *Child Abuse & Neglect* 1994;18(11):923-32.
- 21.De Paul J, Arruabarrena I. Behavior problems in School-aged, physically abused and neglected children Spain. *Child Abuse & Neglect* 1995;19(4):409-18.
- 22.Barnett D, Vondra JL, Shonk SM. Self-perceptions, motivation, and school functioning of low-income maltreatment and comparison children. *Child Abuse & Neglect* 1996;20(5):397-410..
- 23.Levendosky AA et al. Depression and maltreatment as predictors of social competence and social problem-solving skills in school-age children. *Child Abuse & Neglect*. 1995;19(10):445-52.
- 24.Peterson LW et al. The use of children drawings in the evaluation and treatment of child sexual, emotional, and physical abuse. *J Arch Fam Med* 1995;4(5):445-52.
- 25.Prino CT, Peyrot M. The effect of Child physical abuse and neglect on aggressive, withdrawn, and prosocial behavior. *Child Abuse & Neglect* 1994;18(10):871-84. SJ
- 26.Gracia E. Visible but unreported: A case for the "not serious enough" cases of the child maltreatment. *Child Abuse & Neglect* 1995;19(9):1083-93.
- 27.Martínez ME, Reyes RR. Child abuse: A disturbing problem. *Bol Med Hosp Infant Mex* 1993;50(8):557-63.

- 28.Herrada HA, et al. Child Abuse in Tlaxcala. A case-control study. Salud Pub Mex 1992;34(6):626-34.
- 29.Escobedo CHE, Loeza FD, Gómez NR et al. Abuso sexual en pediatría: factores epidemiológicos. Bol Med Hops Infant Mex 1995;52(9):528-33.
- 30.Valenzuela VJ, Hernández JL, Sánchez SJ. Quejas psicósomáticas y comportamiento sexual en adolescentes en función de abuso sexual sufrido en la niñez. Arch Hispan Sex 1995;1(2):201-22.
- 31.Rodríguez SR, Velázquez JL, Valencia MP. Síndrome de Kempe. En:Urgencias en pediatría. Ed. Interamericana- McGraw Hill, Mex. 1996.

**ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA**