

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE HONDURAS
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

" SINDROME DEL NIÑO MALTRATADO. REVISION DE EGRESOS EN EL "
HOSPITAL MATERNO INFANTIL. PERIODO DE 1978 A 1983."

T E S I S

PRESENTADA POR

BR. IRIS MILAGRO TEJEDA SUAZO

PREVIA OPCION AL TITULO DE

DOCTOR EN MEDICINA Y CIRUGIA

618-92
726
ALPA D.C.

HONDURAS, C.A.

1984.

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE HONDURAS
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

" SÍNDROME DEL NIÑO MALTRATADO, REVISIÓN DE EGRESOS EN EL
DE 1978 A 1983, "

" HOSPITAL MATERNO INFANTIL, PERIODO

T E S I S

PRESENTADA POR

BR. IRIS MILAGRO TEJEDA SUAZO

PREVIA OPCIÓN AL TÍTULO DE

DOCTOR EN MEDICINA Y CIRUGÍA

TEGUCIGALPA, D.C.

HONDURAS, C.A.,

1984.

AUTORIDADES UNIVERSITARIAS

R E C T O R : ABOGADO: OSWALDO RAMOS SOTO.

SECRETARIO GENERAL: LICENCIADO: ÓSCAR ALVARENGA.

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

JUNTA DIRECTIVA

DECANO: DR. RAÚL FELIPE CALIX.

VICE DECANO: DR. VÍCTOR MANUEL RAMOS.

SECRETARIA: LIC. EVA LUZ DE ALVARADO

PRO-SECRETARIO: LIC. RAMÓN ARTURO DONAIRE U.

VOCAL I: DR. CARLOS RAMOS GARCÍA V.

VOCAL II: DRA. XENIA PINEDA.

VOCALES: BR. RIGOBERTO TABORA

BR. SAMUEL SANTOS

BR. EDGARDO PORTILLO

BR. EDNA MARADIAGA

TRIBUNAL EXAMINADOR

DR. EVANDRO VALLADARES (COORDINADOR) DRA.

GLORIA G. DE MIETO

DR. HÉCTOR MURCIA P.

S U S T E N T A N T E

BR. IRIS MILAGRO TEJEDA SUAZO

P A D R I N O S

DR. OLVIN RODRÍGUEZ

LIC. ELIAS SUAZO P.M.

RENE ARGUETA

ASESORES

DR. SALVADOR LOVO DR.

LEONEL ZAVALA

D E D I C A T O R I A

A Dios Todopoderoso fiel amigo y compañero, rogándole que me ilumine en el arduo camino que hoy emprendo hasta el final.

A mi Madre: BERTA SUAZO AVILES, sin cuyo esfuerzo; amor y abnegación no hubiera coronado mis aspiraciones y quien hoy ve el fruto de sus sabios consejos.

A mi Abuelo ELIAS SUAZO RIVERA que en todo momento me brindo su apoyo, amor y sabios consejos.

A mi Esposo y mi Hijo con todo mi amor.

A mis Primos con todo cariño y en Especial a ELIAS.

A mis Tíos GUILLERMO, SUSANA, ANTONIO Y ANGELINA con agradecimiento infinito.

A mis Padrinos de Tesis con cariño y respeto.

A mis Maestros y Compañero, con el fervoroso reconocimiento por su enseñanza a los primeros; y con espíritu de hermandad a los segundos, manifestándoles que vivirán para siempre en mi memoria.

C O N T E N I D O

- I. INTRODUCCIÓN.
- II. PROBLEMA:
 - A. Formulación del Problema.
 - B. Justificación del Problema.
- III OBJETIVOS:
 - A. General.
 - B. Específicos.
- IV. OTROS.
- V. HIPÓTESIS.
- VI. VARIABLES.
- VII MÉTODOS, MATERIALES Y PROCEDIMIENTOS.
- VIII PRESENTACIÓN ESTADÍSTICA.
- IX. DISCUSIÓN.
- X. CONCLUSIONES.
- XI. RECOMENDACIONES.
- XII. BIBLIOGRAFÍA.
- XIII. A N E X O S .

I. INTRODUCCIÓN

El síndrome del niño maltratado es un problema que se presenta desde tiempos muy antiguos con grados variables de aceptación social, tiene características mundiales y no está asociado a determinada cultura, raza, religión, sistema político o económico.

A través de la historia podemos darnos cuenta que el infanticidio, los malos tratos y la explotación de los niños eran prácticas permitidas, sin que nadie se preocupara por evitarlos o castigar a los culpables.

A finales del siglo pasado se fundó en la ciudad de Nueva York una sociedad para la prevención de la crueldad del niño (Society for the prevention of Cruently to Children) pero fue hasta mediados del presente siglo que la mayoría de los estados dictaminaron leyes que requerían el reporte de casos de niños maltratados. (13)

En la literatura médica hasta hace aproximadamente 40 años se han reportado estudios que ilustran el tema del niño maltratado.

Los niños que más frecuentemente sufren maltrato son los menores de 3 años, no hay diferencias significativas en cuanto al sexo a excepción del abuso sexual donde la víctima generalmente es del sexo femenino.

Los abusadores son en su mayoría los padres y de estos la madre ocupa el primer lugar ya que en nuestra sociedad ella es la encargada del cuidado del niño inicialmente.

En Honduras hay un estudio hecho por el Dr. Salvador Lovo de 19 casos de niños atendidos en el Hospital Materno Infantil, encontrando datos similares a los reportados en la literatura mundial.

II. PROBLEMA

A. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.

1. ¿Qué significa el Síndrome del Niño Maltratado?
2. ¿Es frecuente el síndrome del niño maltratado?
3. ¿Qué características del niño son importantes en su etiología.
4. ¿Quiénes son los que provocan agresión en los niños?
5. ¿Qué factores sociales intervienen para que ocurra el síndrome del niño maltratado?
6. ¿Cuáles son las formas de abuso en los niños?
7. ¿Cuál es la mortalidad del síndrome del niño maltratado?
8. ¿Hacia donde son egresados los niños que sufren malos tratos?
9. ¿Qué se hace con los individuos que maltratan los niños?

B. JUSTIFICACIÓN DEL PROBLEMA.

Es bien conocido a través de la literatura médica mundial la importancia del síndrome del niño maltratado como causa de morbimortalidad en niños, sobre todo en los menores de 3 años. En Honduras no existe en la actualidad un estudio escrito sobre este tema.

En el estudio de niño maltratado se necesita la participación

de un grupo multidisciplinario, para enfocar todos y cada uno de los aspectos que intervienen en su etiología y así establecer un plan de manejo integral que incluya al niño y a su familia. El concurso de profesionales de la salud, organizaciones de protección social, legisladores y ciudadanos de la comunidad es necesario.

Este es un estudio inicial, que debe ser continuado y completado para tener una base científica y así comprender y manejar el síndrome del niño maltratado en Honduras.

III. OBJETIVOS

A. OBJETIVO GENERAL,

Determinar la frecuencia y prevalencia de niños con Síndrome de maltrato egresados del Hospital Materno Infantil en el período de 1978-1983.

B. OBJETIVOS ESPECÍFICOS.

1. Identificar el sexo, edad y lugar de procedencia de los niños afectados por síndrome de maltrato.
2. Determinar quién provoca la agresión hacia el niño y cual es el vínculo familiar de esta persona.
3. Conocer la integración del núcleo familiar y los hábitos alcohólicos de los responsables del síndrome de maltrato.
4. Establecer si la persona que provoca la agresión es la misma que lleva a consulta al niño maltratado.
5. Determinar la tasa de mortalidad del síndrome del niño maltratado en el Hospital Materno Infantil de 1978-1983.
6. Identificar cuáles son las lesiones más frecuentes asociadas a síndrome del niño maltratado.
7. Establecer la condición de egreso de los niños hospitalizados por síndrome de maltrato.

8. Investigar que posibilidades de protección social se les ofrece a su egrese y cuántos regresan a sus hogares.

IV. MARCO TEÓRICO

A. DEFINICIÓN DE SÍNDROME DE NIÑO MALTRATADO.

Maltrato físico y/o privación de alimentos de cuidados y de afecto con circunstancias que implican que esos maltratos y privaciones no resultan accidentales. (13)

Según Kempe y Col. es la gama de abuso físico, emocional y nutricional reconocido por un médico alerta. (8)

Agresión o falta de cuidados razonables y protección de un niño por parte de sus padres, familiares o quién lo tiene a su cargo. (28).

B. DATOS HISTÓRICOS.

El abuso en niños ha existido desde centurias con grados variables de aceptación social. Se cita ya en el Génesis (22:1-29) como justificación para agradar a Dios. (3). Otros ejemplos bíblicos son las historias de Abrahán e Isaac y la de Moisés y Medoas.

En las grandes civilizaciones antiguas. El culto a la belleza y a la perfección humana, consideraba lícito el infanticidio como medio de eliminación de aquellos que por desgracia arribaban al mundo con defectos o cuyo desarrollo no se alcanzaba acorde con el patrón establecido. Su destrucción por razones políticas, religiosas o económicas, porque presentaban defectos físicos o porque fueran del sexo femenino fue aceptado culturalmente (7).

En Esparta por ejemplo se arrojaban a la sima del Taigeto junto

con los viejos, los deformes y los improductivos. (3)

En los inicios de la era Cristiana el Rey Herodes destruyo los infantes varones de su distrito, con el propósito de eliminar a un Dios Rey que había nacido en Belén (4,13). En tiempos clásicos. Séneca, Platón y Aristóteles mantenían que el asesinato de niños defectuosos era una sabia decisión. (10)

En la Antigua Escandinavia una ceremonia llamada "Wasser Weihe" era que el padre decidía matar o no matar a su recién nacido. Hasta 1837 el infanticidio femenino fue permitido en China y hasta principios del siglo XIX las mujeres indues en Bengala, ahogaban a su primogénito en el río Ganges. (10).

Con la llegada de la urbanización, industrialización y los cambios tecnológicos alteraron la valoración de los padres hacia los niños y se desarrolló un fenómeno nuevo, que es el maltrato infantil. Por definición, esta práctica difiere en algunos aspectos del infanticidio en el que los motivos para el abuso puede ser clasificado generalmente como explotación o ganancia, muerte o salvación. Además el maltrato no es para recién nacidos pero si para niños en edad económicamente productiva como los de cinco años en adelante.

Durante toda la historia los jóvenes niños y niñas han sido vendidos y utilizados para propósitos sexuales.

En muchas obras de la literatura clásica encontramos enfocados este tema, por ejemplo en los relatos de llantos de los niños que desfilan por las páginas de "los Miserables" de Víctor Hugo; de este mismo autor "El Niño que Sonreía" que relata a un muchacho cuya cara fue mutilada con cirugía y parecía estar continuamente sonriendo(27) . "Oliverio Twist" de Charles Dickens, "The Children's of Sanchez" de Oscar Lewis.(4)

Diariamente leemos en los diarios las notas criminalísticas, donde nos ilustran con los horrores de la perversidad humana, nos detallan los actos y las consecuencias y por último nos ofrecen el triste espectáculo de la gráfica oportuna.

En 1871 se fundó en la ciudad de Nueva York la primera sociedad para la protección del niño llamada "Society for the prevention of cruelty to Children", posteriormente se fundaron otras en restantes ciudades de los Estados Unidos y de Inglaterra. (24).

La primera defensa legal por Síndrome de niño maltratado fue llevada a cabo en Estados Unidos en 1874, irónicamente el famoso caso "Mary Ellen" fue llevado a los tribunales avalados por la sociedad protectora de animales y su defensa se basó en que la niña pertenecía (técnicamente) al reino animal, sus argumentos se consideraron válidos y los agresores recibieron su castigo merecido. (4, 12,27). Sin embargo fue hasta los años 1960-70 que la mayoría de los estados adoptaron leyes que requerían el reporte de incidentes de niño maltratado. En 1976 la Corte Suprema del estado de California reglamentó que los médicos que fallaran en identificar y reportar un niño con historia y hallazgos físicos y radiológicos indicativos de abuso, son culpables de negligencia profesional. (13).

Las primeras menciones en la literatura médica sobre el cuadro clínico de maltrato a niños aparece en 1946, cuando el pediatra radiólogo J. Caffey publicó un trabajo sobre seis lactantes y niños pequeños en los que se comprobó un síndrome caracterizado por hematoma subdural y fracturas múltiples de los huesos largos. Caffey pensó en la posibilidad de un origen traumático,

negado en cada caso. En 1957 y 1965. Caffey afirmó en nuevas publicaciones que la etiología debía de ser traumática, por malos tratos por ejemplo. (24).

En 1953 F. Silverman también estableció la naturaleza traumática de los casos.

En 1955, P.V. Woolley, Jr. y W.A. Evans hicieron notar que en muchos casos el traumatismo era inferido voluntariamente.

En 1961, Adelson publicó un artículo que conmocionó al mundo científico " La Carnicería de los Inocentes", en donde citaba una encuesta verdaderamente aterradora de los crímenes cometidos en 46 casos de homicidio en los que las víctimas fueron niños. (4).

En 1964 H. Kempe y Col. en la reunión anual de la Academia Americana de Pediatría, hicieron conocer una gran cantidad de casos de niños que presentaban ese síndrome y lo acuñaron como " Síndrome del Niño Maltratado" (The Battered -Child Syndrome). (10,24)

En los últimos años se han publicado gran número de trabajos en muchos países como Estados Unidos, Inglaterra, Francia, Suecia, Dinamarca y otros, para establecer más firmemente el diagnóstico de maltrato.

En Honduras hasta el momento solo tenemos un trabajo presentado por el Dr. Salvador Lovo en el Congreso Centroamericano de Pediatría, llevado a cabo en Ciudad Guatemala, en noviembre de 1982, este trabajo no está escrito.

C.

FRECUENCIA E INCIDENCIA.

Resulta casi imposible conocer la frecuencia real del problema de Síndrome de Niño Maltratado, dado que la mayoría de los casos no llegan nunca a reportarse formalmente a las autoridades tanto médicas como legales o se disfrazan como accidentes fortuitos o pasa realmente desapercibidos, por falta tanto de reporte como de intuición diagnóstica, además los estándares diagnósticos y los métodos de documentación son muy variables.

En Estados Unidos para 1968 se estimó una frecuencia de 10.000 a 15.000 casos de traumas severos no accidentales en niños menores de 14 años de estos 25% resultaron con lesiones permanentes. En números redondos esto significa más o menos 50 casos al día, 1 caso cada media hora, dos muertes a golpes cada día y entre 4.000 a 5.000 criaturas incapacitadas permanentemente cada año, a consecuencia de las lesiones inferidas (4). Los niños mas frecuentemente abusados son infantes o preescolares porque ellos no hablan, son indefensos y dependientes.

La mayor parte de los autores coinciden en señalar que 2/3 de los casos se presentan en menores de 3 años y que cerca del 25% ocurren en menores de un año. (4).

La tasa estimada de incidencia de síndrome de niño maltratado en los Estados Unidos es de 10 por 1.000 nacidos vivos. (13).

Un masivo aumento en el número de casos identificados de abuso en niños ocurrió después que los reportes fueron requeridos por las leyes. En Texas en 1974 las cortes mandaron a reportar el abuso en niños por todo ciudadano, se implementó una campaña de

Información pública y se estableció 24 horas de línea caliente. Los resultados son los siguientes:

1.971	1.000 casos
1.973	4.000 casos
1.975	34.384 casos
1.976	35.805 casos.

Una revisión de las causas de hospitalización en salas de emergencias de niños menores de cinco años indica que 10% de todas las injurias tratadas fueron resultados de abuso. La tasa de mortalidad por abuso en los niños de uno a seis meses de edad ocupó el segundo lugar, solamente es superada por el síndrome de muerte súbita. (13)

La mortalidad por el Síndrome de Niño Maltratado encuentra grandes variaciones, así en series de Gormsen y Vesterdal reunidos de acuerdo con el Instituto Forense de Copenhague la mortalidad alcanzó 55%, mientras en el informe Sueco publicado por un Comité nombrado por el Gobierno presidido por el Prof. R. Zetterstrom fue del 13% y alrededor del 10% en las grandes series de Kempe y Col. (24).

En un estudio de Jacqueline Roberts y Col. de 332 infantes provenientes de 160 familias abusivas, encontraron que el riesgo de muerte fue tres veces mayor que el esperado. (20).

D. NIVELES DEL ABUSO

D.G. Gil establece que el abuso en niños se da a tres

niveles separados aunque interrelacionados.

1. Abuso a nivel individual. Este abuso esta restringido a un niño individual y a la familia.
2. Abuso a nivel institucional. Este incluye un niño individual o un grupo de niños, por ejemplo en las escuelas, guarderías casas de beneficencia, casas de salud.
3. Abuso a nivel social. Este incluye legislaciones peligrosas o negligentes para las necesidades tanto del niño como de la familia.

Gil concluye que los programas de manejo para abuso de niños debe incluir todos los tres niveles antes de que pueda tener éxito. (13).

E. FORMAS DE ABUSO.

Existe un amplio espectro de abuso y/o negligencia algunos son fácilmente reconocibles y tratables, otros están hasta ahora siendo definidos y reconocidos.

Las formas más frecuentes de abuso en niños son:

1. Abuso físico y negligencia.
2. Abuso sexual
3. Abuso emocional y negligencia.

Estas formas de abuso se pueden dar solas o en combinación, cualquier niño con sospecha de daño se debe examinar física y psicológicamente.

E.1. ABUSO FÍSICO.

Se define como un daño físico no accidental de un niño que

puede ser un episodio único o repetitivo, con rango de severidad de menor a fatal.(13)

El castigo corporal es común y aceptado por nuestra sociedad.

A continuación se dará una guía que ayuda a valorar si el castigo es correctivo o abuso.

Cualquier daño que requiere tratamiento médico está fuera del rango de médica correctiva.

- Coexistencia de nuevas y viejas magulladoras o magulladuras en cara, magulladuras en niños menores de un año representan obviamente abuso.
- Cualquier castigo corporal que incluya golpe con puño cerrado o con instrumentos, golpes con los pies, infringir quemaduras, lanzamiento del niño representa abuso.

E.1.b. NEGLIGENCIA FÍSICA.

Se define como la falla en proveer las necesidades de vida, para un niño. Son ejemplos de negligencia la falta de cuidados médicos (asmáticos, diabéticos) inapropiada nutrición y vestimenta, falta de supervisión, inadecuado techo. Sin embargo hay que tener gran cuidado de hacer diagnóstico de negligencia voluntaria, familias pobres pueden proveer el mejor cuidado a sus miembros dentro de sus medidas.

E.2. ABUSO SEXUAL.

Se define como cualquier contacto sexual entre un adulto y un niño. Aproximadamente 1 de cada 4 adolescentes niñas sufren abuso sexual antes de ser adultas. (27)

El abuso sexual en niños incluye las siguientes formas:

- a) Violación
- b) Incesto
- c) Vejación o falta de respeto.

Cada una de estas formas es única en su presentación, apreciación, tratamiento e implicación forense.

E.2.a.VIOLACIÓN

Violación es el "conocimiento carnal" en menor o mayor grado de un individuo sin su consentimiento y por compulsión a través de fuerza, miedo o engaño, solo o en combinación. (27). Conocimiento carnal puede abarcar coito completo incluyendo eyaculación seminal, o la más leve penetración del pene en el órgano genital femenino sin la emisión de fluido seminal. En California, por ejemplo, las leyes denotan: "La culpabilidad esencial de la violación consiste en el ultraje a la persona y sentimientos de la mujer. Cualquier penetración sexual aunque sea ligera es suficiente para completar el crimen" (Código Penal de California S 263) (27).

En 1978 en Estados Unidos se reportaron 67.131 casos de violación, representando el 6% de todos los crímenes por violencia. El número total de abuso sexual aumentó 7% sobre 1977 y 21% sobre 1974 (27).

E.2.b) INCESTO.

El incesto es legamente una ofensa sexual, cuando el asaltante y la víctima están relacionados por consanguineidad y no pueden estar legamente casados (27). Este crimen es poco reportado y difícil de probar, debido a que en las familias

prefieren no reportarlo y encubrir al culpable.

De acuerdo con Kempe el incesto padre- hija ocurre en el 75% de los casos, el incesto madre-hijo, padre-hijo, madre-hija, hermano-hermana ocurre en el restante (25%) (27). Ventura reporta la misma experiencia pero agregó que el 80% de todos los incestos padre-hijos involucra un padre sustituto o de paso.

E.2.c VEJACIÓN O FALTA DE RESPETO.

Se define como cualquier acto ilegal ejecutado sobre o con el cuerpo de un niño, cuando este en un intento lujurioso por parte del perpetrador. (27).

En un estudio descriptivo analítico de 73 casos de abuso sexual en infantes llevado a cabo en el Hospital de Baltimore en 1978 se encontró que 16.5% de los casos eran niños de 0-4 años, 39.7 niños de 5-9 años, 43.8% niños de 10-14 años. Respecto al sexo de los niños el 83.5% fueron víctimas femeninas y 16.5% masculinos. El asaltante fue reconocido por la víctima en 82.5% de los casos (parientes, guardianes, amigos o conocidos); de estos asaltantes 1/3 eran adolescentes el resto eran adultos. Todos los asaltantes fueron masculinos. (22).

E. 3. ABUSO EMOCIONAL Y NEGLIGENCIA.

El abuso y la negligencia emocional son difíciles de definir y manejar. Estas formas de abuso son perpetradas por los padres que fallan en proveer un medio ambiente cariñoso en el cual su niño pueda prosperar, aprender y desarrollarse. Tales fallas pueden ser por ignorarlos, amenazarlos, aterrorizarlos, rechazarlos o gritar a los niños. Los efectos del abuso emocional incluyen falla en el crecimiento y problemas en el aprendizaje.

El diagnóstico de abuso o negligencia es difícil porque estos efectos no son drásticos como por ejemplo las quemaduras o laceraciones. Como resultado obtener asistencia de las cortes para las familias involucradas es mucho más difícil que en otros casos. El abuso emocional es relativo para el grupo social, conductas que constituyen abuso emocional en un grupo social puede ser aceptable en otro grupo. Los efectos de de privación emocional en infantes ha sido desconocida por algunas cortes y la prueba es dada cuando el desarrollo y crecimiento mejora después de hospitalizaciones o separación del niño de la familia.

F. FACTORES ETIOLOGICOS.

Los factores etiológicos del síndrome del niño maltratado se han enfocado desde tres puntos de vista:

1. Factores de las familias abusivas.
2. Factores del niño
3. Crisis desencadenantes.

F.1. FACTORES DE LAS FAMILIAS ABUSIVAS.

La vasta mayoría de las injurias son infringidas por personas que tienen control natural, legal o de facto sobre la víctima (padres, otros parientes adultos, guardianes, niñeras, etc.). Los adultos que abusan de los niños no son un grupo homogéneo, varían en niveles de inteligencia, educación, nivel social o estado económico. En el 95% de los casos -los padres son los que provocan el abuso y de este 95% 10-15% lo constituyen padres de crianza o adoptivos. Las madres son mas frecuentemente involucradas en el abuso del niño pequeño porque en nuestra sociedad ellas

incluye falla en el crecimiento y problemas en el aprendizaje. El diagnóstico de abuso o negligencia es difícil porque estos efectos no son drásticos como por ejemplo las quemaduras o laceraciones. Como resultado obtener asistencia de las cortes para las familias involucradas es mucho más difícil que en otros casos. El abuso emocional es relativo para el grupo social, conductas que constituyen abuso emocional en un grupo social puede ser aceptable en otro grupo. Los efectos de privación emocional en infantes ha sido desconocida por algunas cortes y la prueba es dada cuando el desarrollo y crecimiento mejora después de hospitalizaciones o separación del niño de la familia.

FACTORES ETIOLOGICOS.

Los factores etiológicos del síndrome del niño maltratado se han enfocado desde tres puntos de vista:

1. Factores de las familias abusivas.
2. Factores del niño
3. Crisis desencadenantes.

F. 1. FACTORES DE LAS FAMILIAS ABUSIVAS.

La vasta mayoría de las injurias son infringidas por personas que tienen control natural, legal o de facto sobre la víctima (padres, otros parientes adultos, guardianes, niñeras, etc.).

Los adultos que abusan de los niños no son un grupo homogéneo, varían en niveles de inteligencia, educación, nivel social o estado económico. En el 95% de los casos los padres son los que provocan el abuso y de este 95% 10-15% lo constituyen padres de crianza o adoptivos. Las madres son más frecuentemente involucradas en el abuso del niño pequeño porque en nuestra sociedad ellas toman el

cuidado primario, los padres son más frecuentemente involucrados en abusos sexuales de sus hijos, menos del 1% de los abusos involucra a los hermanos y un 4% involucra niñeras, otros parientes, maestros y otros adultos (13).

Como regla un padre inicia el abuso y el otro lo permite participando con un rol pasivo.

El 80% de los padres abusivos no son enfermos ni criminales, generalmente son individuos estresados que pueden responder a la ayuda. Sin embargo el 10 a 20% de los abusadores tienen personalidad psicopática, esto debe tomarse muy en cuenta porque el riesgo de daño severo a los niños en estas familias es grande. Un factor muy importante en la etiología de síndrome del niño maltratado es el alcoholismo en los padres.

En un estudio de la agresión humana se encontró varios aspectos relacionados con su origen. En primer lugar la agresión humana se asocia con aberración cromosómica del tipo XYY, según estudios hechos en Escocia en 1965-66 . En estudios de gemelos univitelinos se llegó a la conclusión de que existe una concordancia del 70% en relación al 33% de los bivitelinos con respecto a la criminalidad. (4).

Un segundo aspecto se refiere a la integridad o alteración de las estructuras cerebrales. Se sabe que la corteza cerebral y la región rostral del cerebro visceral son inhibidores de la conducta agresiva, las lesiones de estas estructuras permiten que las agresiones puedan desencadenarse y no tener la inhibición adecuada,

por ejemplo en la enfermedad de Huntington, o que la irritación de las regiones caudales del sistema límbico no logren ser inhibidas como en el caso de las localizaciones epilépticas.

La incidencia de abuso en familias con enfermedad de Huntington excede el 10%. H. Hughes reportó una serie de 603 niños de 218 familias con enfermedad de Huntington de los cuales 16% murieron jóvenes. (18).

La agresión como resultado de tensiones emocionales determinadas por frustraciones ambientales. Esta agresión es mayor en la medida en que la frustración nos impide la consecución de un objeto altamente deseado.

El niño puede convertirse en una situación frustrante para los padres, por esto es objeto de rechazo.

Los niños no deseados en los cuales hubo intento de infanticidio prenatal son el primer grupo de los niños rechazados, otros grupos estarían formados por los hijos ilegítimos, los que llevan a matrimonios forzados, embarazos accidentales, mal recibidos por razones económicas, sociales o de trabajo. Otros factores que aumentan el riesgo de abuso son los hijos que no son bien espaciados, familias numerosas y nacimientos de gemelos.

Young estudió 180 familias en las que ocurrió abuso y encontró que solamente el 20% tenían menos de 3 hijos, el 37% tenían entre 6 a 12 hijos (8) Johnson y Morse encontraron que las familias reportadas por abuso tenían cuatro a más niños. (8).

Light reportó en Estados Unidos, Nueva Zelandia e Inglaterra que las familias en las que ocurría abuso tenían significativamente gran numero de niños comparados con la población general de estas ciudades. (8).

En un estudio hecho en el Hospital San Vicente, Centro Medico y Hospital de Nashville, fueron comparados 48 familias con gemelos y 124 familias con nacimientos únicos, encontrando maltratos en 3 pacientes (2.4%) de las familias con nacimientos únicos y 9 pacientes (18.7%) en las familias con gemelos. (8).

Newell, Gleasson y Figge encontraron una serie de rasgos frecuentes en los grupos de padres que rechazaban a sus hijos.

- Incompatibilidad social de los padres
- Revertas frecuentes de los padres.
- Desilusión del padre o de la madre por su conyugue.
- Evidente falta de afecto de los padres entre si.
- Falta de consideración del marido por la mujer.
- Disgusto o temor de la madre por el embarazo.
- Matrimonio obligado.
- Matrimonio combatido por los parientes.
- Interrupción de la carrera o de las actividades sociales de la madre.

Fontana y Caldstone han encontrado una serie de rasgos característicos en la personalidad de los padres abusivos.

- Inmadurez emocional, es decir, incapacidad para aceptar las responsabilidades implicadas en el rol materno o paterno.

- Dependientes
- Impulsibilidad.
- Pobres mecanismos de control emocional.
- Baja tolerancia a la frustración.
- Antecedentes personales de haber sido rechazados y agredidos en la infancia.
- Rivalidad con el pequeño o por acaparar este los cuidados del otro conyugue.

De acuerdo a lo propuesto por Erickson, el desarrollo de la personalidad tendría ocho niveles, de los cuales el sexto y séptimo corresponderían al sentido de intimidad (genitalidad adulta) y el de generatividad (capacidad de establecer relación profunda con la generación siguiente a nivel de una responsabilidad de tipo paternal). Los sujetos con carácter de agresores no llegan a esos niveles conservándose en estados de menor madurez en la evolución de su personalidad. (4).

F.2. FACTORES DEL NIÑO ABUSADO.

Los niños que corren más riesgo de ser maltratados son:

- Niños irritables.
- Niños que duermen poco
- Obstinados o tercos
- Exigentes
- Enfermos y niños con defectos físicos.
- Prematuros
- Adoptados
- Hijastros.
- No deseados

F.3. CRISIS DESENCADENANTES.

El stress emocional es el factor más común que desencadena el abuso en los niños, este puede estar dado por

Situaciones como:

muerte de un familiar, enfermedad mental o física de uno o ambos padres, pérdida del empleo, pleitos entre los padres, pérdida y/o cambio en el domicilio, cambio mayor en el desarrollo de un miembro, por ejemplo en la adolescencia y en climaterio, divorcio o separación de los padres.

g DIAGNOSTICO DEL SÍNDROME DEL NIÑO MALTRATADO.

El diagnóstico del síndrome del niño maltratado se hace por:

1. Historia clínica.
2. Examen físico
3. Estudios complementarios.

El prerrequisito para el diagnóstico de abuso o negligencia es la sospecha por parte del médico. Tal vez en este aspecto se centre la dificultad más importante. Establecer el correcto y oportuno diagnóstico implica primero que nada, sagacidad y suspicacia por parte del médico, guiarse por pequeños detalles que delaten el agresor encubierto y obtener información, en muchas ocasiones de otras fuentes, cuyo crédito sea valedero.

A veces es extraño y repulsivo para el médico reconocer que un adulto y pariente sea culpable de brutalidad física hacia el infante, por lo tanto consciente o inconscientemente niega la posibilidad, si es un pariente cercano, o si se identifica por ser del mismo nivel social o económico por ejemplo un colega. Este tabú debe ser roto para facilitar la detección por el médico y para beneficio del niño y de los padres los cuales pueden recibir ayuda.

Obviamente los casos floridos son fácilmente reconocibles, pero los casos medios o fronterizos presentan mayor dificultad diagnóstica, estos casos fronterizos por lo tanto son los de mayor importancia médica, porque la falta en identificar un incidente de abuso evita la protección para el niño y soporte para los padres. Las consecuencias en las familias que no reciben ayuda son lamentables, el maltrato recurre en un 50% de los casos cuando la intervención no es instituida, en 35% de estos casos los niños pueden ser severamente maltratados o muertos. (13).

El comportamiento de los padres abusivos puede ser variable, muy cooperador para las entrevistas o puede ser beligerante, falto de cooperación y resistente a estas. Hay padres que son receptivos al médico y expresan interés por sus problemas también. Algunos padres pueden presentar conducta inapropiada con un daño menor, otros tienen pérdida de la consciencia de la extensión del daño, estos padres pueden hacer preguntas acerca del pronóstico y tratamiento, otros pueden perderse antes de hacer la historia clínica o rehusar internar al niño. Cualquier comportamiento de estos alertará al médico y deberá hacer las investigaciones necesarias.

Una de las principales herramientas para el diagnóstico es la historia clínica, que debe ser detallada y se tomarán datos del niño y de los padres, la historia de los padres puede ser reveladora.

Un indicador importante en cualquier injuria que no sea explicada satisfactoriamente por los padres, por ejemplo un niño de cuatro meses no se puede caer de la cama o un niño de 6 meses que presente fractura de fémur pues esto sucede en niños que dan pasitos.

A veces los padres que abusan repetidamente llevan sus niños a distintos hospitales y médicos.

La presencia de lesiones nuevas y viejas también hace sospechar maltrato. Los envenenamientos en niños generalmente son accidentales, sin embargo si son inexplicables y repetitivos hacen sospechar maltrato. J.G. Mortimer reporto un trabajo donde un niño de 4 años presento hiponatremia con coma y convulsiones como resultado de intoxicación aguda con agua, investigaciones posteriores indican que la excesiva ingesta de agua fue forzada por su padre. (15).

En ingestiones de bebidas toxicas debe sospecharse envenenamiento intencional.

Victoria V. Ott y Col. reportaron el caso de una niña de ocho años sometida a una cirugía de oído, la cual presentó despertamiento retardada de la anestesia, muriendo al tercer día postoperatorio. Los estudios toxicológicos reportaron niveles tóxicos de fenotiacinas, esta droga no había sido administrada por el personal del hospital, se hicieron investigaciones descubriendo que la había administrado la madre de la paciente. Esta se suicidó antes de ser juzgada por los tribunales. (17).

La identificación de negligencia o abuso emocional es más difícil, sin embargo al dar la historia del niño se puede mostrar pobre crecimiento y desarrollo, lo cual se puede comprobar al examen. Pueden referirse hábitos anormales de comida y bebidas por ejemplo comer basura o tomar agua del servicio.

Indicadores de negligencia son similares a los de abuso físico por ejemplo no buscar ayuda médica aunque las injurias sean accidentales

o por abuso, o simplemente no asegurar los cuidados médicos generales apropiados, tales como inmunizaciones, cuidado dental, tratamiento por picaduras de insectos, rash en piel o infecciones, falta de cuidados en la administración de medicamentos como la insulina en los pacientes diabéticos, o abuso de medicamentos como laxantes a base de fenolftaleína que producen una diarrea artificial. (25).

G.2. HALLAZGOS FÍSICOS.

El examen médico de un niño maltratado debe involucrar una amplia investigación de los daños y anormalidades que pueden asociadas al abuso. El examen es vital sobre todo en niños que son abusados repetidamente cuyas injurias previas ya sanas solo son descubiertas con un cuidadoso examen.

DAÑOS EN PIEL Y TEJIDO CELULAR SUBCUTÁNEO.

Las injurias cutáneas son los daños más comunes en el Síndrome del niño maltratado, sobre todo cuando hay lesiones en varios estadios de curación.

Un examen cuidadoso del niño puede sugerir el tipo de instrumento que causó el daño. En los abusos por contusiones los signos más frecuentes son equimosis por bofetadas que tienen la forma de la mano, impresión de los dedos o puños aparecen frecuentemente en cara, brazos y nalgas. Marcas rectangulares, lineares o redondas recuerdan la forma de instrumentos que azotan por ejemplo alambres, correas. Marcas de sofocación en el cuello, marcas redondas por presión sobre las muñecas y los tobillos o marcas en las comisuras labiales por mordazas. Las marcas por mordeduras humanas se distinguen por líneas formadas de hiperpigmentación, la

mordedura de niño difiere de la del adulto por el tamaño del arco, son diferentes de las mordeduras de animales porque estas desgarran, mientras los humanos comprimen causando contusión.

Los hallazgos físicos de negligencia son: palidez por anemia, distensión abdominal y del tejido celular subseroso causado por desnutrición, severas escaldaduras por la cuna, mal aseo general, lesiones viejas infectadas, severo y viejo rash por pañal.

DAÑOS POR QUEMADURAS.

Las quemaduras constituyen el 10% de las injurias físicas. Las quemaduras son frecuentes en la infancia en las edades de 18 meses a los 5 años.

Para determinar la etiología de las quemaduras el médico debe considerar: edad del niño

Localización física

Grado de quemadura de acuerdo a la historia provista por los padres o el niño.

Las quemaduras más comunes son las hechas por cigarrillos en brazos, pies y nalgas. Pueden tener las formas de un objeto domestico como una plancha. Los daños por escaldadura son infringidos como una forma de castigo, así un niño puede ser sometido a agua caliente por resistirse a bañarse. Es indicativo de abuso la evidencia de un inapropiado tiempo transcurrido en la búsqueda de tratamiento para un niño seriamente quemado.

DAÑOS EN LA CARA.

Se incluyen daños a los ojos, oídos, nariz y boca.

Los ojos son particularmente sensibles a traumas cerrados que pueden causar variedad de condiciones tales como: equimosis periorbital, dislocación del cristalino, desprendimiento de la retina, hemorragia retinal, hemorragia subconjuntival.

En la nariz un golpe directo puede causar desviación del septo nasal, que resulta de daño al cartílago o formación de un hematoma.

Los daños a la boca pueden causar aflojamiento o pérdida de los dientes, fractura de mandíbula, la alimentación forzada puede causar laceración del frenillo o lengua. Las quemaduras de los labios pueden ser otra forma de abuso.

En las orejas son frecuentes los abusos por torsión del lóbulo y laceración del pabellón, repetidos golpes a las orejas pueden ocasionar la oreja en coliflor, un golpe directo, iónico puede romper la membrana del tímpano causando hemorragia o hematoma. Sangre detrás de la membrana timpánica puede indicar presencia de fractura de la base del cráneo.

DAÑOS A CABEZA Y SISTEMA NERVIOSO CENTRAL.

El sistema nervioso central está involucrado como causa significativa de morbimortalidad en abusos de niños.

Entre las formas de injuria a la cabeza están los jalones de pelo evidenciados por parches que se intercalan con pelo normal. Las tomaduras de pelo pueden provocar un hematoma subdural o subgaleal.

Algunos niños son maltratados con sacudidas manuales tomándolos por las extremidades o el tronco, en actos que pueden provocar torsión en los huesos largos así como sangrado intracraneal y ocular. Esta condición es conocida como Síndrome

Infantil por azotes o sacudidas y se encuentra bien estudiado y documentado por Caffey. (2).

El hematoma subdural es una complicación muy común de daño en la cabeza durante la infancia. Lewin en 1966 reporto una incidencia de 2.7%, Hendrick et al. en 1964 encontró 5.2% en una gran serie de niños de uno a quince años, el exceso sobre la serie de Lewin fue considerada por el aumento de la frecuencia en niños de dos años y particularmente en aquellos menores de seis meses (20%). Weston encontró una incidencia de 42% en una serie de necropsias de casos fatales de niños maltratados. En esta serie las edades fluctuaban de dos meses a cinco años, con un promedio de veinticuatro meses, en algunos de los pacientes las lesiones de cabeza no habían sido notificadas antes de la muerte. (9).

El 50% de los niños que presentan hematoma subdural no están asociados con fractura de cráneo, y a menudo no hay inflamación sobre el sitio del daño. (13).

Generalmente el hematoma subdural es bilateral. En las series de Guthkelch en 1953 se encontró que el 78% eran bilaterales. En un estudio de 23 pacientes con sospechas de malos tratos, menores de tres años, admitidos a la enfermería de Hull Royal entre junio de 1967 y mayo de 1970 ocurrió sangrado subdural en 13 casos (57%) y de estos 10 casos (75%) fueron bilaterales. (9).

Los signos neurológicos de injuria al sistema nervioso central, varían según la localización y extensión del daño ejemplo, lesiones de neurona motora superior o inferior, otros signos pueden ser coma inexplicable, convulsiones o aumento de la presión intracraneal.

LESIONES EN TÓRAX.

La forma mas frecuente de lesiones en tórax es la fractura

de constilla con sus complicaciones resultantes. Los signos más frecuentes son deformidad del tórax, limitación de la movilidad, si la fractura causa ruptura de vasos intercostales puede haber hemotórax y enfisema subcutáneo.

LESIONES ABDOMINALES.

Son la causa más común de muerte en el síndrome del niño maltratado. Los puñetazos fuertes al abdomen laceran o rompen vísceras causando una hemorragia masiva con shock y muerte. Entre los signos de injuria abdominal tenemos vómitos recurrentes, distensión abdominal, al examen ausencia de ruidos intestinales, signos de irritación peritoneal y masas causadas por hematomas.

El hígado es particularmente sensible al daño, pero puede ocurrir ruptura de cualquier víscera sólida o hueca o de vasos mesentéricos. El trauma cerrado de abdomen puede causar que el páncreas se rompa o que se fracture la columna vertebral.

LESIONES EN ÓRGANOS GENITALES.

Se pueden encontrar signos de abuso agudo o crónico. Dentro de los signos agudos tenemos: contusión o equimosis perineal, eritema perineal, abrasión, avulsión, laceraciones, espasmos del músculo pobocoxígeno, hallazgos de productos seminales, distensión del esfínter rectal, fisura anal, contusión o equimosis peri-rectal.

Los signos de abuso crónico son: múltiples secciones del himen, remanentes del himen, introito espacioso, cicatrización primaria de laceración a las 6, capacidad de relajación del músculo pobocoxígeno, leucorrea, cervicitis, relajación del esfínter anal.

Cualquier hallazgo de enfermedad venérea en niños pre púberes es indicativo de explotación sexual.

SISTEMAS ESQUELÉTICO.

El trauma esquelético está asociado a evidencia clínica de abuso físico, solo o en conjunto con otras formas. Entre los signos físicos encontramos deformaciones de huesos, debilidad, inflamación, limitación, del movimiento, crepitación, pseudoparálisis, fracturas y dislocaciones de articulaciones.

G.3. ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS.

ESTUDIOS RADIOLÓGICOS. El examen radiológico juega dos roles en el problema del niño maltratado, inicialmente para reconocer el caso y subsecuentemente es usado como guía en el tratamiento. Los signos diagnósticos resultan de una combinación de factores: edad del paciente, naturaleza de la injuria, tiempo que transcurre entre el trauma y el examen y si el episodio es único o recurrente.

EDAD DEL PACIENTE. Como regla general los niños son menores de los tres años, la mayoría son infantes.

NATURALEZA DE LA INJURIA. La fuerza aplicada por la mano de un adulto que toma al niño violentamente usualmente envuelve tracción y torsión. Estas son las fuerzas que más probablemente producen separación y fractura perióstica.

TIEMPO TRANSCURRIDO ENTRE EL TRAUMA Y EL EXAMEN. Los primeros cambios de lesiones óseas pueden manifestarse alrededor de los doce a catorce días después de la injuria y puede aumentar en las subsiguientes semanas dependiendo de la extensión de la injuria inicial y el grado de repetición. Los cambios son más activos en los huesos en crecimiento y se refleja radiológicamente en la excesiva reacción de hueso nuevo. Histológicamente la reacción se puede confundir con cambios neo-plásicos, porque es poco común la reacción vigorosa de tejido joven en crecimiento.

REPETICIÓN DE LA INJURIA. Este es probablemente el factor más importante en la producción de signos radiológicos diagnósticos.

Los hallazgos pueden depender de la movilización disminuida del hueso lesionado en cicatrización, con recurrencia de macro y micro traumas en el área de la lesión, acompañada de reacción local excesiva y hemorragia; secundariamente, la repetición de injurias puede producir lesiones en varias áreas y en distintos estadios de cicatrización.

Los métodos radiológicos más usados son la serie de esqueleto, la cintigrafía radionucleotida de esqueleto y la tomografía computarizada. Los dos últimos son estudios más sensibles pero que no se hacen de rutina por su costo.

La edad del niño y el tipo de abuso determinaron el curso y extensión de la evaluación radiológica. Se hace serie radiológica en todos los casos de abuso físico, sobre todo si el niño abusado es menor de un año.

Radiológicamente los signos mas frecuentes son:

Metáfisis: Avulsión de pequeños fragmentos, acopamiento, en cuadramento y formación de hueso nuevo.

Diáfisis: Sangrado subperiostico, reacción perióstica aumentada, hiperostosis cortical.

Epífisis: Separación epifisiaria, epifisiolistesias.

En un estudio de David F. Merten y Col. en el Hospital de Niños Wyler de Chicago, Centro Médico Nueva Inglaterra y el Centro Médico de la Universidad de Duke, revisaron retrospectivamente las radiografías de 563 niños abusados, detectando trauma esquelético en menos de 1/3 de los pacientes. (14)

En el estudio anterior también se encontró que los focos de injuria, mas frecuente fueron: extremidades en un 77% lesiones de cráneo en 34% de los casos, fracturas de caja torácica 19%, fracturas de clavícula 7%. Revisando el porcentaje de fractura en relación con la edad del paciente se encontró: el 55% ocurrió en niños menores de un año, 35% en niños de 1 a 5 años y 9% en niños mayores de 5 años.

En un estudio de John R. St y Col. en 261 niños con sospecha de abuso, se hacen comparaciones entre resultados obtenidos con la serie radiográfica esquelética y la cintigrafía esquelética; se observó que la serie radiológica esquelética fue positiva en 105 niños y dio falsos negativos en 32 casos, mientras la serie cintigráfica fue positiva en 120 casos y dio falsos negativos solo en dos casos. (22). Con lo anterior se deduce la sensibilidad de la cintigrafía radionucleotida.

ESTUDIOS DE COAGULACIÓN SANGUÍNEA.

Un perfil de coagulación se debe indicar en todo niño que ha sido magullado o presenta historia de fácil magulladura. Estos estudios incluyen: hemoglobina, hematócrito, tiempo parcial de protrombina, tiempo parcial de tromboplastina, recuento de plaquetas y tiempo de sangrado.

Otros: Por patología quirúrgica también se puede hacer el diagnóstico, como en el estudio presentado por John J. Buchino que reportó dos casos uno con trauma abdominal y otro niño con condiloma acuminado gigante, en ambos casos el diagnóstico se hizo durante el transoperatorio. (3)

H. DIAGNOSTICO DIFERENCIAL.

1. Escorbuto. Produce largas calcificaciones periosticas,

hemorragia debido a traumas y reacción exagerada local, mas acentuada en áreas de rápido crecimiento. Sin embargo el escorbuto es una enfermedad sistémica que produce osteoporosis generalizada de los huesos. La historia más la ausencia de trauma en el niño y el contenido de vitamina C en la sangre hacen el diagnostico.

2. Sífilis.

En los primeros meses la sífilis puede resultar en lesiones metafisiarias y periosticas similares a las del niño maltratado, sin embargo las lesiones óseas de la sífilis tienden a ser simétricas y son usualmente acompañadas por otros estigmas de la enfermedad. Se debe hacer el test serológico.

3. Osteogénesis Imperfecta.

Es una enfermedad generalizada, cuando hay fracturas de cráneo, el patrón de osificación en mosaico de la bóveda craneana es características. Las fracturas de osteogénesis imperfecta son generalmente en columna.

4. Hiperostosis Cortical Infantil.

Se caracteriza por lesiones mandibulares, pueden haber lesiones diafisiales.

5. Parapléjico con déficit sensorial. Puede presentar la radiografía típica de síndrome de niño maltratado.

6. Indiferencia congénita al dolor.

7. Tendencia al sangrado.

8. Neoplasias.

Debido a la excesiva reacción de hueso nuevo.

I. TRATAMIENTO.

Un programa comprensivo de tratamiento del síndrome de niño maltratado incluiría los siguientes pasos:

1. Detección e identificación del caso. Puede ser detectado por un vecino, profesor, oficial de policía, medico o cualquier otro ciudadano.
2. Reporte de los casos de abuso de acuerdo a las legislaciones de cada estado o de cada país. Inicialmente el medico puede hacer el reporte por teléfono y posteriormente por escrito, este reporte debe ser objetivo, que pueda ser verificable y de ser posible llevar radiografías y fotografías.
3. Investigación. Consiste en una evaluación completa de la familia y las circunstancias del abuso. Los objetivos de una investigación incluyen proveer protección para el niño involucrado y para los otros niños de la familia y proveer soporte para esta.
4. Tratamiento de daños específicos. Si hay que hospitalizar al paciente, notificar al director del hospital y a la sección de servicio social.

Se debe discutir si se permite el tratamiento ambulatorio, sí parece apropiado debe hacerse bajo supervisión, para evitar retornar el niño al hogar en el cual se le puede adicionar traumas con peligro de muerte.

5. Seguimiento: Es importante el seguimiento de estas familias para ofrecerles soporte a los padres y evitar recurrencia del abuso que puede poner en peligro la vida del niño.

Se han encontrado muchos problemas en el manejo del niño maltratado, los más frecuentes son:

1. Muchos médicos todavía no reportan el abuso debido a que no ven las ventajas resultantes sobre el niño y la familia.
2. Entrenamiento insuficiente del personal de las agencias de protección.
3. Existencia de pocas facilidades para salud mental que provea ayuda a los niños y sus familias. No se da prioridad a la prevención del abuso en niños en los programas de salud mental.
4. El cuidado de los niños maltratados y su familia carece de continuidad.
5. Falta de fondos adecuados para el cuidado del niño y de su familia.
6. Los abusadores de los niños son más frecuentemente perseguidos que ayudados.
7. El proceso de reporte del caso puede tener efecto dañino sobre la familia involucrada.

Para resolver estos problemas del manejo se debe formar un equipo multidisciplinario de multiagencias donde se incluyen servicios

Médicos, un grupo que provea asistencia legal, profesionales en salud mental, agencias legales para protección del niño y personas de la comunidad.

J. ROL DE LAS ORGANIZACIONES DE PROTECCIÓN DEL NIÑO.

La liga de cuidados del niño define los servicios de protección como un servicio especializado en cuidados del niño, el cual acarrea y delega responsabilidades para ofrecer ayuda y favorecer estos niños que se encuentra ha sufrido abuso o negligencia.

El departamento de Servicio Social del estado de Nueva York define los servicios de protección como aquellos que son proveídos a los niños que viviendo en sus propios hogares han sufrido seriamente negligencia, abuso o han sido sujetos a circunstancias desmoralizadoras por sus padres u otros responsables de sus cuidados.

Los servicios de protección del niño no es algo nuevo, se originó en la ciudad de Nueva York, con la fundación de la Sociedad para la Prevención de la Crueldad del Niño ("Society for the Prevention of Cruelty to Children") en 1871. En años recientes fue reconocido como un servicio básico y es responsabilidad de la Agencia Publica.

Uno de los problemas de consideración del rol de las agencias de servicio protectivo es que los servicios no han sido bien definidos en la comunidad, traslapándose con otras funciones y roles de otras instituciones y organizaciones. En un sentido amplio los servicios de protección del niño requieren la cooperación y responsabilidad de todos los segmentos de la comunidad, legisladores, médicos, cortes, hospitales, escuelas, trabajadores sociales y ciudadanos de la comunidad. La ayuda para el niño abusado y su familia, requiere cooperación y coordinación de todas las personas involucradas.

Sin embargo, se necesita alguien que dirija y organice bien, porque lo que es responsabilidad de muchos al final, no es responsabilidad de nadie.

En el estado de Nueva York, los servicios protectivos en caso de abuso o negligencia en niños, son servicios legalmente mandados, siendo patrocinados por el Departamento de Servicios Públicos Social.

El Departamento de Servicio Público Social es obligado a iniciar y proveer servicios donde sea que se compruebe que un niño está siendo maltratado, las 24 horas del día, los 365 días del año. La agencia no tiene la opción de decidir si ofrece o no el servicio, este no debe ser terminado cuando el peligro para el niño exista.

El papel del Servicio Social no está limitado a una investigación o testimonio de los hechos, para tener base en una petición legal. La familia debe estabilizarse de ser posible. A veces es necesario dar custodia protectora al niño.

Los servicios protectivos corren con la responsabilidad para invocar la autoridad de las cortes y asegurar adecuada protección y tratamiento a los niños cuando los padres son incapaces o no están dispuestos a usar la ayuda accesible a ellos.

Uno de los grandes impedimentos del soporte en el abuso del niño, ha sido la falta de interés después del reporte de una situación sugestiva de abuso o negligencia.

El mandato para proteger un niño, también provee la responsabilidad de salvaguardar la seguridad,

preservar y estabilizar la familia siempre que sea posible.

En Honduras, contamos con el Departamento de Trabajo Social del Bloque Materno Infantil del Hospital-Escuela, el cual sigue el procedimiento en los casos de reporte de niños maltratados:

1. Confirmar el diagnóstico por el médico y reportar a Trabajo Social.
2. Entrevista a personas que acompaña el menor.
3. Cita al otro conyugue para interrogarlo.
4. Entrevista privada con el paciente (si puede hablar)
5. Visita domiciliar y entrevista con familiares y vecinos.
6. Entrevista conjunta médico, trabajador social y ambos padres.
7. Elaboración del informe social y reporte del caso ante el Tribunal de Menores.
8. Redacción del informe social y reporte del caso ante el Tribunal de Menores.
9. Suspensión del alta hospitalaria.
10. Reubicación del niño en hogar temporal.
11. Seguimiento.

El Departamento de Trabajo Social hace el seguimiento de los casos que no son reportados al Tribunal de Menores, una vez el caso en manos de este, el Tribunal es el encargado del seguimiento.

V. HIPÓTESIS

1. El síndrome del niño maltratado es más frecuente en niños menores de 3 años.
2. Los abusadores más frecuentes son los propios padres y el mayor porcentaje de estos padres abusivos son individuos mentalmente normales, pero sometidos a un stress crónico.
3. El abuso sexual es la forma más frecuente de maltrato en niños.
4. El desempleo y los bajos ingresos son factores que aumentan los riesgos de maltrato a los niños.
5. Los niños maltratados ingresan en su mayoría a las salas de cirugía y ortopedia.
6. El maltrato en niños es un fenómeno repetitivo.
7. El alcoholismo familiar o parental más bien es factor importante en la etiología de síndrome de niño maltratado.
8. Con familias numerosas aumenta el riesgo de sufrir malos tratos.
9. De los padres, la madre es la que más frecuentemente comete abusos.

VI. VARIABLES.

- A. EDAD DEL NIÑO. Es la edad en años que tiene el niño al momento que sufre el maltrato. Se dividirán en:

Menores de 3 años

4 a 6 años.

7 a 9 años

10 a 13 años.

- B. SEXO.

Masculino

Femenino.

- C. LUGAR DONDE VIVE.

EN el lugar donde está viviendo el niño y su familia.

Zona urbana: área marginal.

área no marginal.

Zona rural.

- D. DIAGNOSTICO DE INGRESO: Es el diagnóstico con el cual el niño es ingresado a su sala.

- E. DIAGNOSTICO DE EGRESO. En el diagnóstico final con el cual el paciente es dado de alta.

- F. LUGAR HACIA DONDE EGRESO. Es el lugar a donde el niño va a vivir después de su alta hospitalaria.

Su hogar.

Instituciones de protección social.

Adopción

Otros.

G. SALA DONDE FUE HOSPITALIZADO. Es la sala a donde, el niño fue ingresado para recibir su tratamiento.

Lactante.

Nutrición

Cirugía

Medicina

Ortopedia

Terapia Intensiva.

H. NUMERO DE INGRESOS POR ABUSO. Es el número de veces que el paciente ha sido hospitalizado por malos tratos.

1 Ingreso

2 Ingresos

3 o más ingresos.

I. INMUNIZACIONES: Se refiere al cumplimiento o no cumplimiento de los esquemas de vacunación establecidos por el Ministerio de Salud Pública.

Completa

Incompleta

Ninguna.

J. AGRESOR:

Es la persona que provoca los malos tratos en el niño. Padre,

Madre, Madrastra, Padrastro, Tíos. Otros.

K. INTEGRACIÓN DEL HOGAR. Se define como la presencia de ambos padres en el hogar.

Integrado

Desintegrado.

L. ESCOLARIDAD DE LOS PAPILES.

Primaria completa

Primaria incompleta

Secundaria completa

Secundaria incompleta

Universitaria completa

Universitaria incompleta

Ninguna.

M. EDAD DE LOS PADRES. Es la edad en años de los padres de niños que consultaron por maltrato. Se harán grupos así:

Menores de 15 años.

15-20 años

21-25 años

26-30 años

31-35 años

36-40 años

Mayores de 40 años.

N. TRABAJO: Es la presencia o ausencia de empleo de uno o ambos padres.

Padre.

Madre

Ninguno.

Ñ. ALCOHOLISMO: Es la presencia o ausencia de enfermedad alcohólica en los padres.
Si No.

ALCOHÓLICO: Persona que consume alcohol excesivo afectándole su salud y perturbando sus funciones sociales

O. NUMERO DE HIJOS. Es la cantidad de hijos que tienen las familias de donde proceden los niños abusados. Se tomará como familia numerosa aquellas que tengan más de seis hijos.

Menos de 3 hijos.

3 a 6 hijos

Más de 6 hijos.

P. INGRESO FAMILIAR. Es la cantidad de dinero que ingresa anualmente a la familia, se clasifica en:

Ingreso familiar bajo: Si el ingreso es menor o igual a L.5.000.00 al año.

Ingreso familiar medio y alto: Si el ingreso es mayor o igual a L. 5.000.00 al año.

Estas cifras de L. 5.000.00 anuales para dividir el nivel socioeconómicos bajo y el nivel socioeconómico medio y alto, es el usado oficialmente por el gobierno para extender constancia de exención o pago de impuestos respectivamente.

VII. MÉTODOS MATERIALES Y PROCEDIMIENTOS

A. TIPO DE ESTUDIO.

Es un estudio descriptivo-analítico-retrospectivo, ya que de cada expediente clínico se describirán los datos encontrados, se hará un análisis y se obtendrán conclusiones.

B. DESCRIPCIÓN DEL ÁREA DE ESTUDIO.

El estudio se llevará a cabo en el Hospital Escuela, ubicado en Tegucigalpa, Honduras, en el Bloque Materno Infantil, Departamento de Pediatría de acuerdo con la pirámide de salud del país constituye el último nivel de referencia superior.

Este departamento consta de 6 salas, con un total de camas de 265, distribuidas así:

Medicina	50 camas
Cirugía	50 camas
Nutrición	50 camas
Lactantes	40 camas
Terapia Intensiva	35 camas
Ortopedia	40 camas
TOTAL:	265 camas

C. POBLACIÓN O UNIVERSO

El universo de este estudio lo constituyen todos los expedientes de que llegaron al Departamento de Pediatría del Bloque Materno Infantil del Hospital-Escuela y que fueron atendidos con diagnóstico de síndrome de niño maltratado en el período comprendido de 1978 a 1983.

E. RECOLECCIÓN DE DATOS.

El procedimiento para coleccionar los datos será el siguiente:

1. Se tomará como base de la recolección las hojas de registro de egresos que se manejan en estadísticas, obteniendo así los números de expedientes que tienen diagnóstico de síndrome de niño maltratado.
2. Con el libro de registro de síndrome de niño maltratado del Departamento de Trabajo Social, se obtuvieron otros números de expedientes clínicos que faltaban en la lista de registro de egresos de estadísticas.
3. Luego con esta información recogida, se pasará al Departamento de archivo para solicitar los expedientes clínicos y se analizarán.
4. Se hará un seguimiento de los casos provenientes del Distrito Central, con la ayuda e información del departamento de Trabajo Social del Bloque Materno Infantil del Hospital-Escuela.

F. RECURSOS NECESARIOS

1. MATERIALES. Libro de registros de estadística del Hospital Escuela.

Expediente clínico.

Libro de registro para síndrome de niño maltratado del Departamento de Trabajo Social del Hospital-Escuela.

Bloque Materno Infantil.

2. HUMANOS: Personal de archivo del Hospital
Escuela.

Personal del Departamento de Trabajo Social
del Bloque Materno Infantil del
Hospital-Escuela.

El Autor.

G. COMO SE ELABORAN LOS DATOS.

Las técnicas estadísticas para el análisis serán:

- 1- Cuadros
- 2- Gráficas
- 3- Test estadístico de acuerdo con hipótesis.

CAPITULO No. VIII

PRESENTACIÓN ESTADÍSTICA

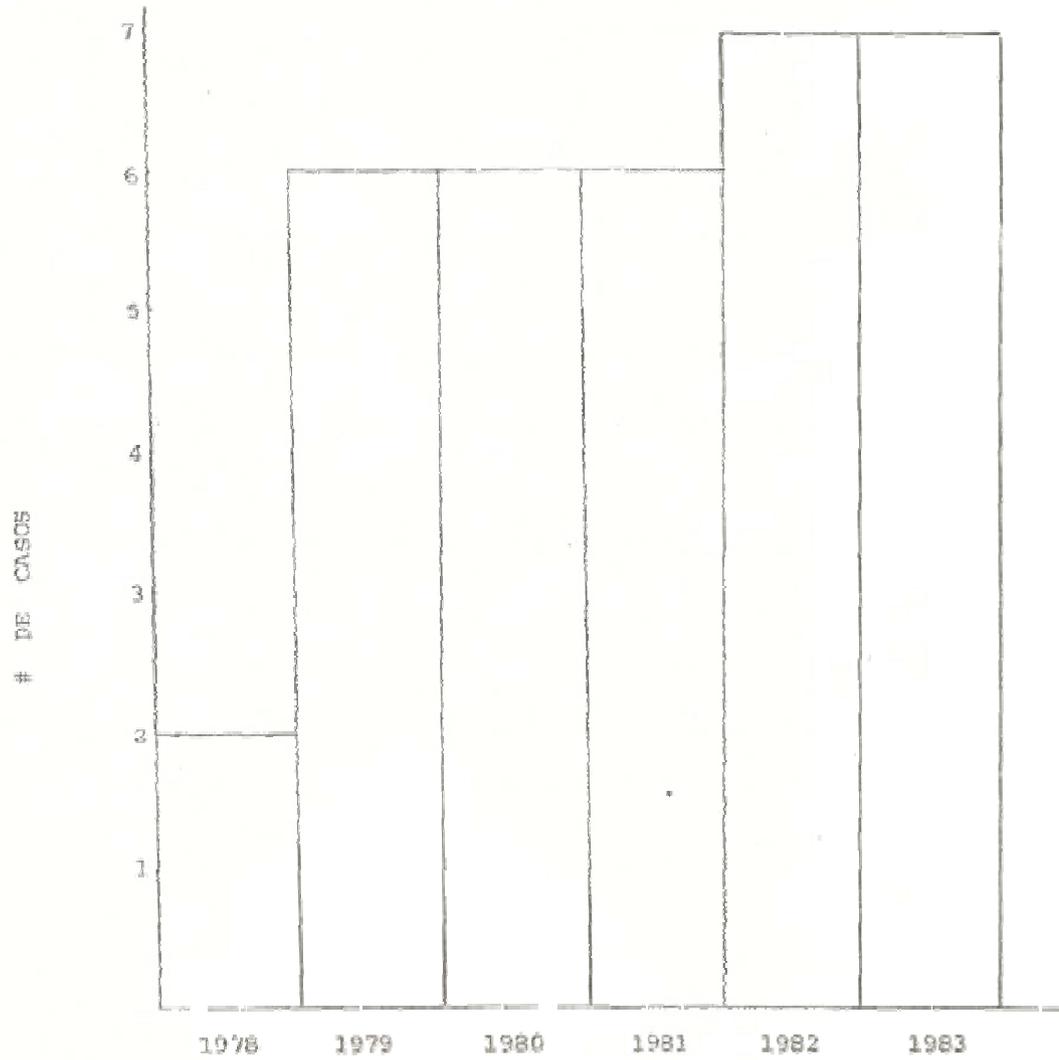
TABLA No. 1

DIAGNOSTICO DE "SÍNDROME DE NIÑO MALTRATADO" QUE EGRESARON UEL HOS PTTAL
MATERNO INFANTIL SEGÚN AÑO (ENERO 1978 A DICIEMBRE DE 1983).

AÑO	# CASOS	PORCENTAJE
1978	2	5.8
1979	6	17.6
1980	6	17.6
1981	6	17.6
1982	7	20.5
1983	7	20.5

En la Tabla No. 1 se presenta en número de casos reportados en cada año por síndrome de Niño Maltratado durante el período de 1978-1983 encontrando 2 casos en 1978, en los siguientes tres años que reportaron 6 casos por año y en 1982-1983 siete casos en cada año.

GRAFICO No. 1



GRAFICA No. 2

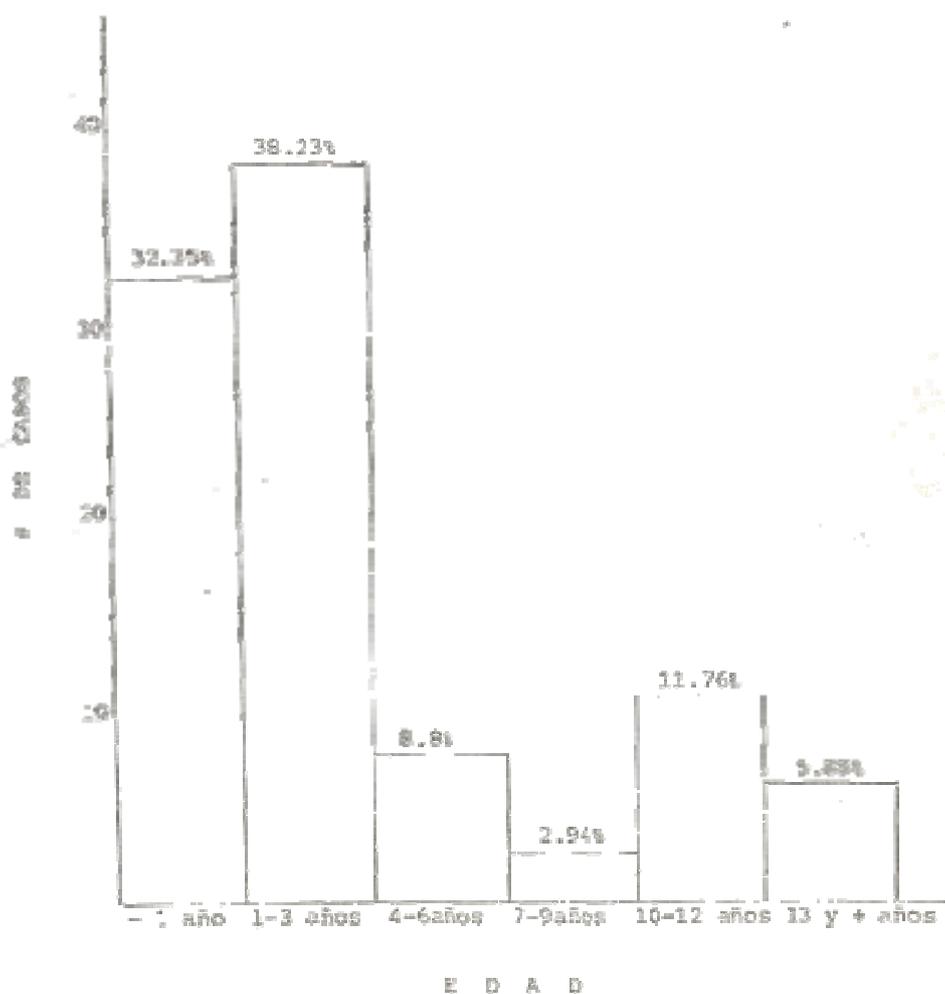


TABLA No. 3

DIAGNOSTICO DE "SÍNDROME DE NIÑO MALTRATADO" SEGÚN SEXO

S E X O	# CASOS	PORCENTAJE
Masculino	15	44.1
Femenino	19	55.88
TOTAL	34	99.98

En la Tabla No. 3 se puede observar que no existe una marcada diferencia en cuanto al sexo, encontrando 19 casos (55.8%) del sexo femenino y 15 casos (44.1%) del sexo masculino

E
D
A
D

GRAFICO No. 3

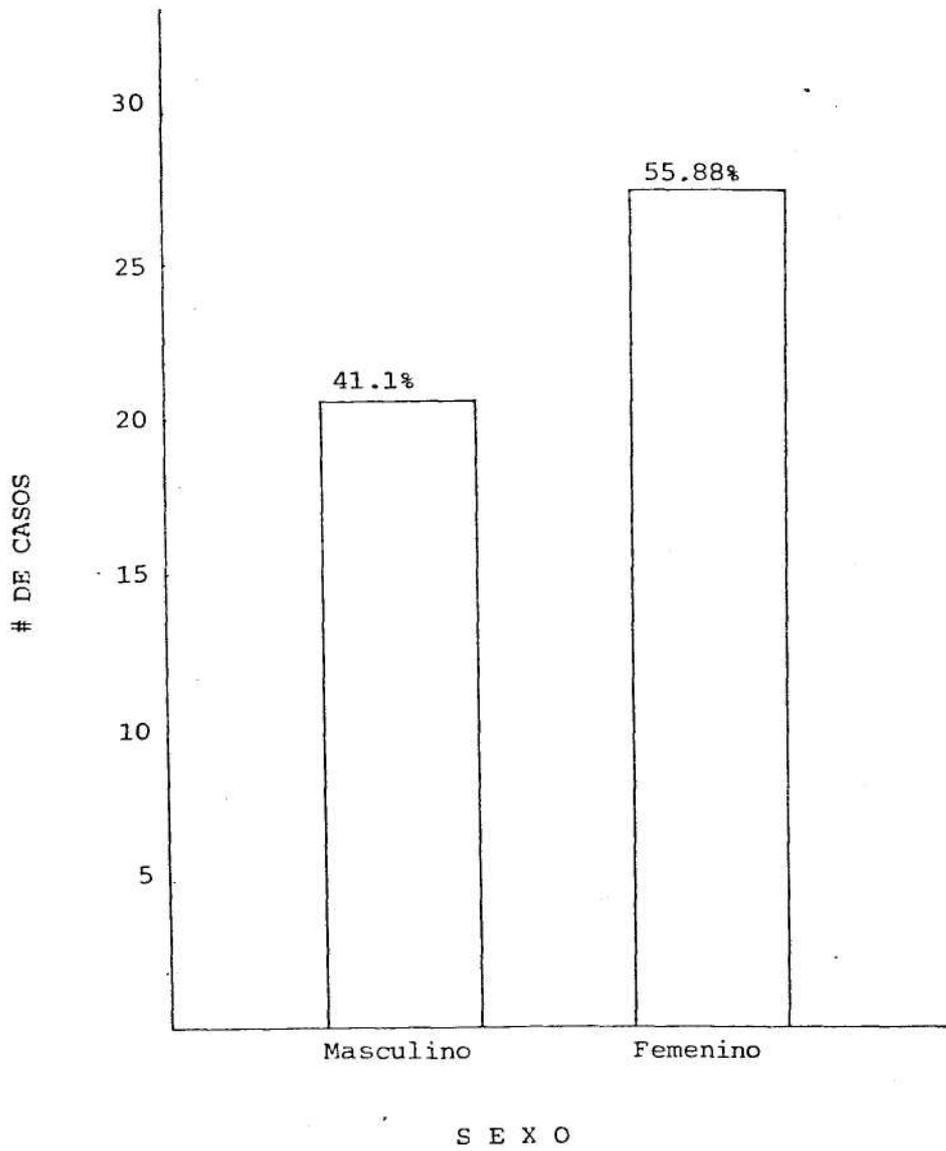


TABLA NO. 4

DIAGNOSTICO DE "SÍNDROME DE NIÑO MALTRATADO" SEGÚN EDAD/SEXO

E D A D \ SEXO	MASCULINO	FEMENINO	TOTAL
Menor de 1 año	8	3	11
1 a 3 años	3	10	13
4 a 6 años		2	3
7 a 9 años	1	0	1
10 a 12 años	1	3	4
13 y más años	1	1	2
TOTAL....	15	19	34

En la Tabla No. 4 se hace una relación entre la edad y el sexo de los niños con maltrato, encontrando en los menores de un año 8 casos del sexo masculino y 3 casos del sexo femenino, en los niños de 1-3 años, 3 casos del sexo masculino y 10 casos femeninos. O sea que en los menores de 3 años (24 casos) 54.1% fueron del sexo femenino y 45.8% del sexo masculino. En los niños de 4-13 años (10 casos), 40% son del sexo masculino y 60% del sexo femenino.

GRÁFICA No. 4

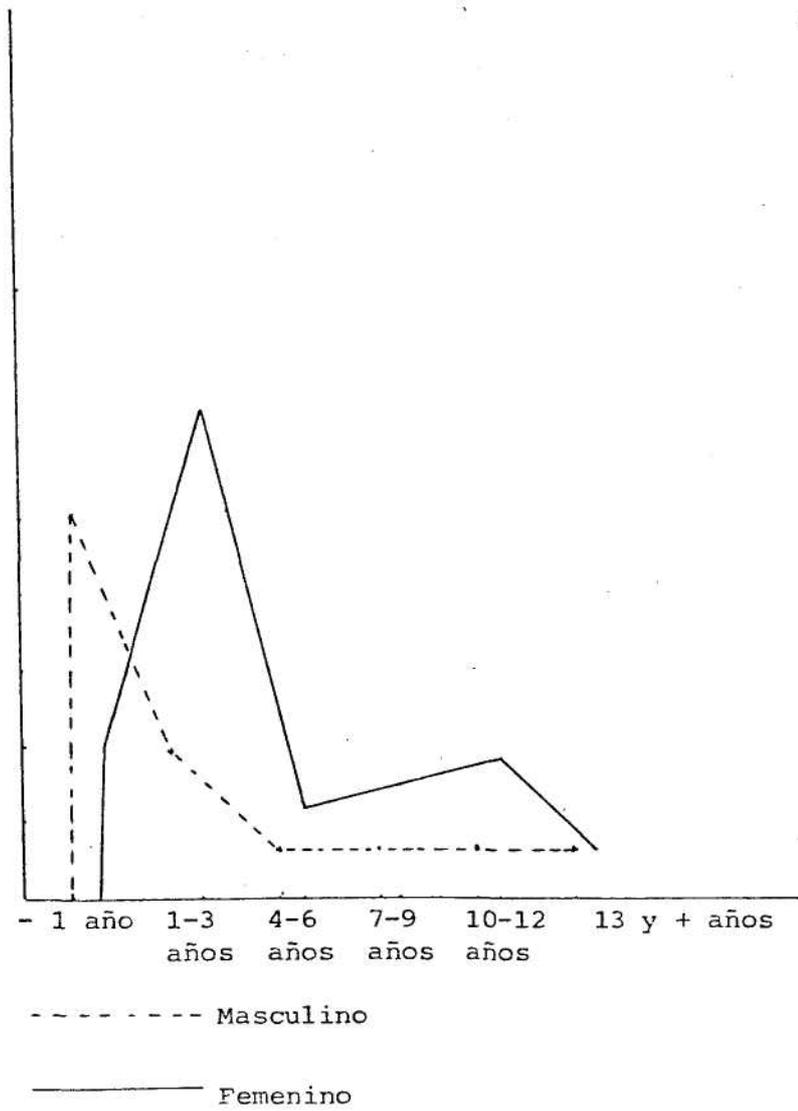
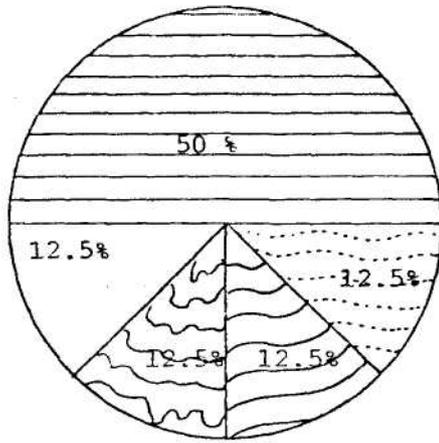


TABLA No. 5

DIAGNOSTICO DE "SÍNDROME DE NIÑO MALTRATADO" SEGÚN TIPO DE LESIÓN

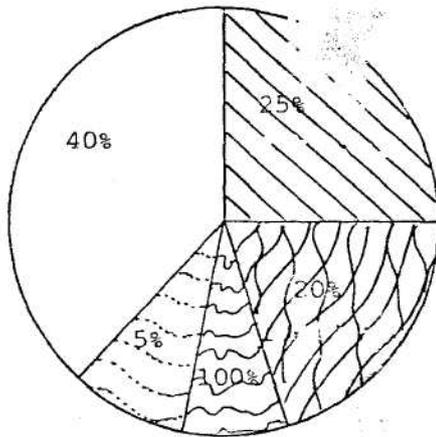
TIPO LESION E D A D	LEVE	MODERADO	SEVERA	TOTAL
Menor de 1 año	1	8	2	11
1 a 3 años	4	5	4	13
4 a 6 años	1	2	0	3
7 a 9 años	1	0	0	1
10 a 12 años	0	4	0	4
13 y mas años	1	1	0	2
TOTAL	8	20	6	34

En el Cuadro No. 5 se presenta la relación entre la edad del paciente con el tipo de lesión, encontrando que todos los casos severos (100%) se presentaron en niños menores de tres años, de los casos moderados (20 casos en total) (40%) se presentaron en menores de 1 año 25% en 1-3 años, 10% de 4-6 años, 20% de 10-12 años y 5% de 13 años; los casos leves (8 casos en total) 12.5% en menor de 1 año , 50% de 1-3 años, 12.5% de 4-6 años, 12.5% de 7-9 años y 12.5% de 13 casos.



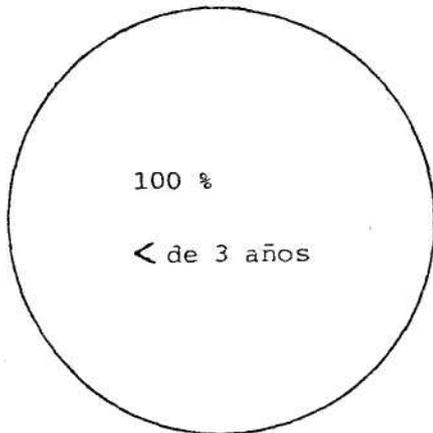
-  Menores de 1 año
-  1-3 años
-  4-6 años
-  7-9 años

LEVES



-  13 años y más
-  10 - 12 años

MODERADOS



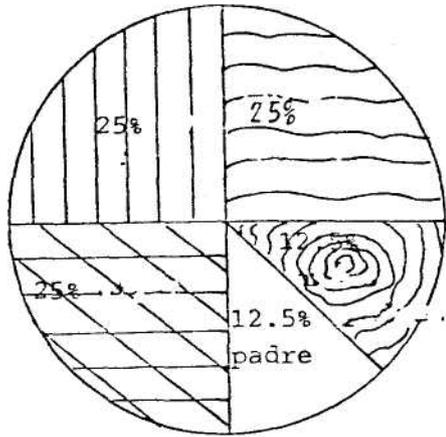
SEVEROS

TABLA No. 6

DIAGNOSTICO DE "SÍNDROME DE NIÑO MALTRATADO" SEGÚN PERSONA ABUSADORA

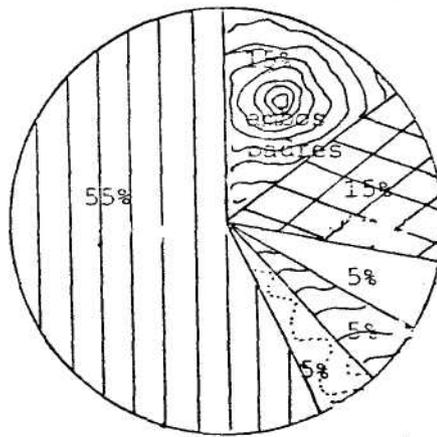
ABUSADOR \ TIPO LESIÓN	LEVÉ		MODERADO		SEVERA	TOTAL
	No.	%	No.	%	No%	
Madre	2	25	11	55		13
Padre	1	12.5	1	5	50	5
Madrastra	2	25	1	5	0	3
Padraastro	0	0	1	5	33.3	3
Ambos padres	1	12.5	3	15	0	4
Otros	2	25	3	15	16.6	6
TOTAL	8		20		o	36

En la Tabla No. 6 se hace una relación entre la persona agresora y el tipo de lesión, encontrando que de los casos leves (25%) fueron provocados por la madre, 12.5% por el padre, 25% por las madrastras 12.5% por ambos padres y 25% por otras personas, de los casos moderados 55% fueron provocados por la madre, 15% por ambos padres y 15% por otras personas; de los casos severos 50% fueron provocados por el padre, 33.3% por padraastros y 16.6% no consignado.



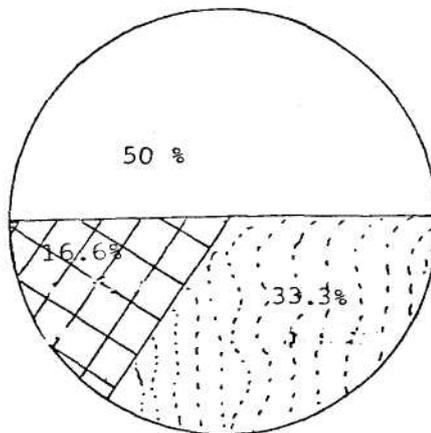
-  Madre
-  Padre
-  Padrastro
-  Madrastra

LEVES



-  ambos padres
-  Otros

MODERADOS



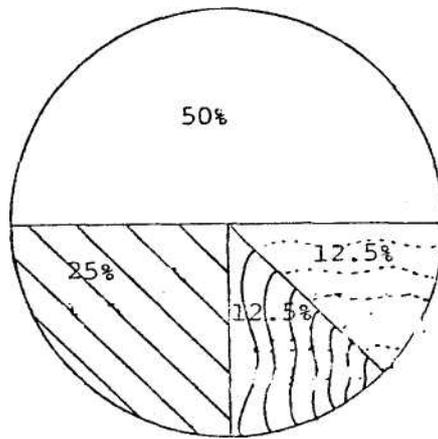
SEVEROS

TABLA No. 7

DIAGNOSTICO DE "SINDROME DE NIÑO MALTRATADO" SEGUN LUGAR DONDE
VIVE LA FAMILIA/TIPO DE LESION

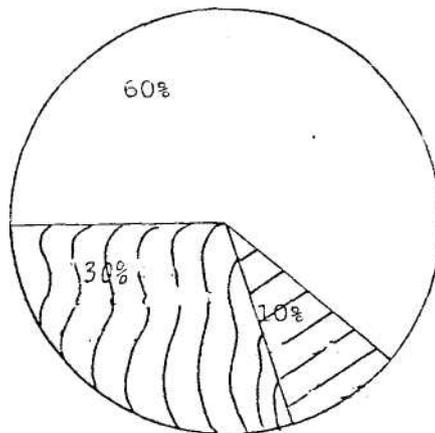
TIPO DE LESION LUGAR DONDE VIVE LA FAMILIA.	LEVE	MODERADA	SEVERA	TOTAL
Area urbana marginal	1	6	1	8
Area urbana no marginal	4	12	4	20
Area rural	2	2	1	5
No consignada	1	0	0	1
TOTAL	8	20	6	34

En el Cuadro No. 7 se hace la relación entre tipo de lesión y el lugar donde vive la familia, encontrando que de los casos leves 1 procedía del área urbana marginal, 4 del área urbana no marginal, 2 del área rural; de los casos moderados, 6 procedían del área urbana marginal, 12 del área urbana no marginal y 2 del área rural; de los casos severos 1 procedía del área urbana marginal, 4 casos del área urbana no marginal y 1 caso del área rural.

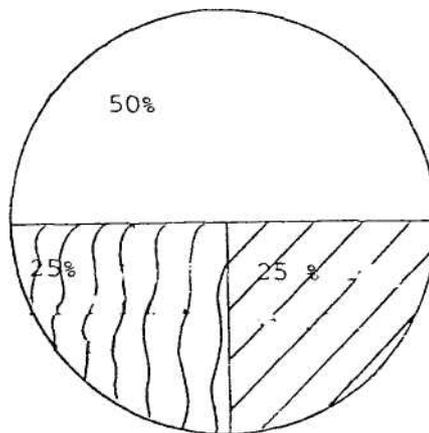


-  Área urbana no marginal
-  Área urbana marginal
-  Área Rural
-  No consignado

LEVES



MODERADOS



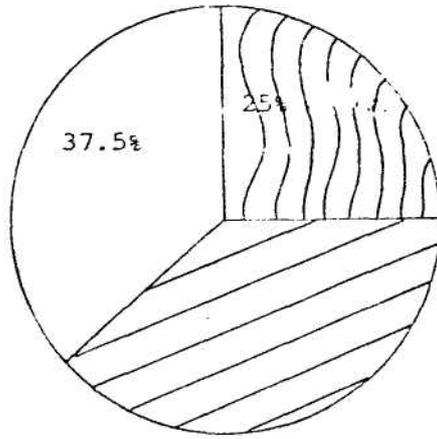
SEVEROS

TABLA No.8

DIAGNOSTICO DE "SÍNDROME DE NIÑO MALTRATADO" SEGÚN LUGAR
DE EGRESO

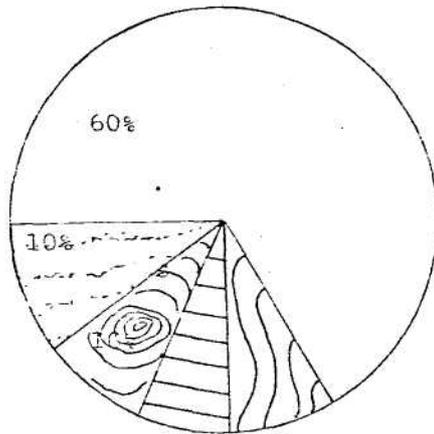
TIPO DE LESION LUGAR DONDE EGRESO	TIPO DE LESION			TOTAL
	LEVE	MODERADA	SEVERA	
Hogar con padres	3	12	2	17
Hogar con otros familiares.	0	2	1	3
Hogar temporal	0	2	1	3
Unidad Cuidados Intermedios	3	2	0	5
Aldeas S.O.S.	2	2	0	4
TOTAL	8	20	4	32

En la Tabla No. 8 se presenta a relación entre tipo de lesión y lugar hacia donde egresó el niño, se encontró que de los casos leves 3 egresaron al hogar con sus padres, 3 a U.C.I.N., 2 a Aldeas S.O.S.; de los casos moderados 12 egresaron con sus padres, 2 a hogar con otros familiares, 2 al hogar temporal, 2 a U.C.I.N., 2 a Aldeas S.O.S de los casos severos, 2 egresaron al hogar con sus padres, 1 a hogar con otros familiares, 1 al hogar t mpora y 2 casos murieron intra-hospitalariamente.



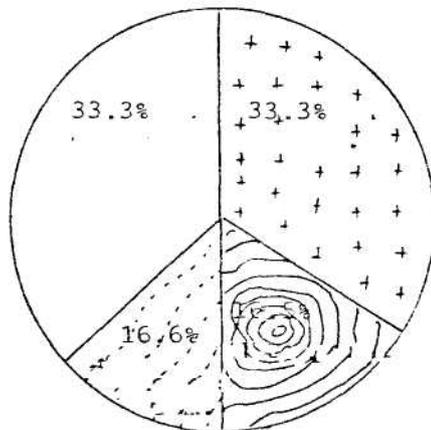
- Hogar con padres
- Alceas SOS
- Hogar con otros fam.
- Murieron

LEVES



- UCIN
- H. Temporal

MODERADOS



SEVEROS

TABLA No.9

DIAGNOSTICO "SÍNDROME DE NIÑO MALTRATADO" MORTALIDAD

MORTALIDAD	# DE CASOS	PORCENTAJE
Leve	0	0
Moderado	0	0
Severo	2	5.8
TOTAL	2	5.8

En el Cuadro No. 9 se presenta la mortalidad por Síndrome de Niño Maltratado en relación con el tipo de lesión, encontrando 2 casos de muerte (5.8%), estos casos eran de lesión severa.

TABLA No. 10

DIAGNOSTICO DE "SÍNDROME DE NIÑO MALTRATADO" SEGÚN TIPO DE ABUSO

TIPO DE LESION TIPO DE ABUSO	LEVE	MODERADO	SEVERO	TOTAL
Abuso físico	1	8	4	13
Negligencia física	0	0	0	0
Abuso y negligencia física.	6	11	1	18
Abuso emocional.	0	0	0	0
Negligencia emocional.	0	0	0	
Abuso y negligencia emocional.	1	0	0	1
Abuso físico y sexual.	0	0	1	1
Abuso y negligencia física más abuso y negligencia emocional.	0	1	0	1
	-	-	-	-
TOTAL	8	20	6	34

En el Cuadro No. 10 se presenta la relación entre el tipo de abuso con el tipo de lesión, encontrando que de los casos leves 1 fue por abuso físico, o casos por abuso y negligencia física y 1 caso por abuso y negligencia emocional; de los casos moderados 8 presentaron abuso físico, 11 casos de abuso y negligencia física, 1 caso de abuso y negligencia física más abuso y negligencia emocional; de los casos severos, 4 presentaron abuso físico, 1 caso de abuso y negligencia física y 1 caso de abuso físico y sexual.

En la literatura se encuentra separado el abuso físico del abuso sexual.

TABLA No. 11

DIAGNOSTICO DE "SINDROME DE NIÑO MALTRATADO" SEGUN SINTOMAS Y SIGNOS MAS FRECUENTES.

SINTOMAS Y SIGNOS	# DE CASOS	PORCENTAJE
Lesiones en piel	19	28.4
Fracturas en diversas partes del cuerpo.	11	16.4
Convulsiones	9	13.4
Hematoma subdural	5	7.4
Diarrea crónica	3	4.4
Quemaduras	2	2.9
Retraso desarrollo psicomotor.	3	4.4
Desgarro anal	1	1.4
Otros	9	13.4
TOTAL	67	99.4

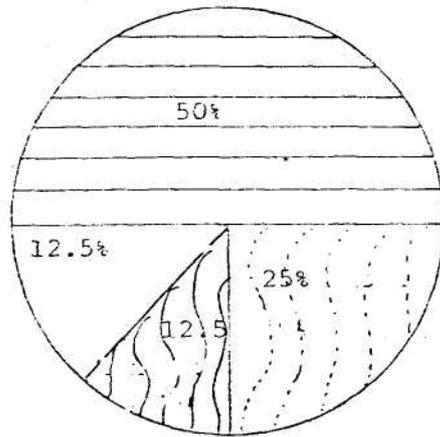
En la Tabla No. 1 se presentan los signos y síntomas más frecuentes encontrados en los niños con maltratos, en primer lugar encontramos las lesiones de piel con 19 casos (28.3%), seguido de fracturas con 16 casos (23.8%), convulsiones con 9 casos (13.4%), hematoma subdural con 5 casos (7.4%), otros 9 casos (13.4%).

TABLA No. 12

DIAGNOSTICO DE "SINDROME DE NIÑO MALTRATADO" SEGÚN SALA DE INGRESO

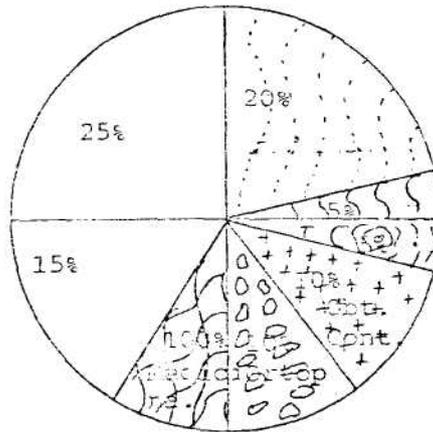
TIPO DE LESION.				
SALA DE INGRESO.	LEVE	MODERADO	SEVERA	TOTAL
Cirugía	1	5	4	10
Medicina	0	2	0	2
Lactantes	.	4	0	6
Ortopedia	0	2	0	2
Nutrición	4	3	0	7
Terapia intensiva	1	1	2	4
Observación continua	0	2	0	2
Emergencia pediátrica.	0	1	0	1
TOTAL	8	20	6	34

En el Cuadro No. 12 se estudia la relación entre tipo de lesión y la Sala a la cual ingresó el niño con maltrato y se encontró que de los casos leves 1 ingresó a cirugía, 2 a lactantes, 4 a nutrición, 1 a terapia intensiva, de los casos moderados, 5 ingresaron a cirugía 2 a medicina, 4 a lactantes, 2 a ortopedia, 3 a nutrición, 1 a terapia, 2 a observación 1 a emergencia pediátrica; los casos severos 4 ingresaron a cirugía y 2 a terapia intensiva.



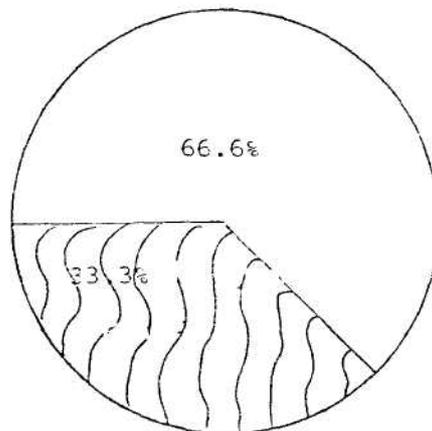
LEVES

-  Cirugía
-  Ortopedia
-  Nutrición
-  Lactantes



MODERADOS

-  Terapia intensiva
-  Medicina
-  Obs. continua
-  Emergencia pediátrica



SEVEROS

TABLA No. 13

DIAGNOSTICO DEL SINDROME DEL "NIÑO MALTRATADO" SEGÚN TIPO DE LESION/ EXISTENCIA DE SECUELAS

TIPO LESION SECUELAS	LEVE	MODERADA	SEVERA	TOTAL
Síndrome convulsivo	-	1	2	3
Retraso del desarrollo psicomotor.	-	1	1	2
Trastornos de conducta.	1	-	-	1
Parálisis cerebral, sordera y ceguera.	-	-	1	1
TOTAL	1	2	4	7

En el Cuadro No. 13 se presenta la relación entre tipo de lesión y la presencia de secuelas, encontrando que de las lesiones leves 1 caso presentó trastornos de conducta, de las lesiones moderadas 1 caso presentó síndrome convulsivo, 1 caso con trastornos del desarrollo psicomotor, de las casos severos 2 presentaron síndrome convulsivo, 1 caso con trastorno del desarrollo psicomotor, 1 caso presentó parálisis cerebral, sordera y ceguera, 2 casos murieron.

TABLA No. 14

DIAGNOSTICO DE "SINDROME DE NIÑO MALTRATADO" SEGÚN NUMERO DE INGRESOS

# DE INGRESOS	# DE CASOS	PORCENTAJE
1 ingreso	23	67.6
2 ingresos	10	29.4
3 y mas ingresos	1	2.9
TOTAL	34	99.9

En el cuadro No. 14 se observa el número de ingresos que un mismo paciente ha tenido por síndrome de maltratos; 23 casos ingresaron una sola vez, 10 casos ingresaron 2 veces y 1 caso ingresó 3 veces

TABLA NO. 15

DIAGNOSTICO DE "SINDROME DE NIÑO MALTRATADO" SEGÚN TRABAJO DE LOS PADRES

TIPO DE LESION TRABAJO DEL PADRE	LEVE	MODERADO	SEVERA	TOTAL
Madre	0	5	3	8
Padre	3	4	2	9
Ambos padres	2	4	0	6
Ninguno	1	0	0	1
No consignado	2	7	1	10
TOTAL	8	20	6	34

En el Cuadre No. 15 se presenta la frecuencia de trabajo en los padres de los niños maltratados, encontrando que en 8 casos sólo trabajaba la madre, 9 casos el padre, 6 casos ambos padres, 1 caso ninguno de los padres no consignado en 10 casos.

TABLA No. 16

DIAGNOSTICO DE "SÍNDROME DE NIÑO MALTRATADO" SEGÚN TIPO DE LESIÓN/
NIVEL SOCIOECONÓMICO

TIPO DE LESIÓN				
NIVEL SOCIOECONÓMICO	LEVE	MODERADO	SEVERA	TOTAL
Alto	0	0	0	0
Medio	0	0	0	0
Bajo	4	13	5	22
No consignado	4	7	1	12
TOTAL	8	20	6	34

En la siguiente tabla se hace la relación entre tipo de lesión y nivel socioeconómico, encontrando 22 casos (64.7%) que pertenecían al nivel socioeconómico bajo, de estos 4 (18.18%) eran lesiones leves, 13 (59%) lesiones moderadas y 5 (22.7%) lesiones severas, el resto de los casos (12), no estaban consignados.

Es importante señalar que no se encontró ningún caso de nivel socioeconómico medio y alto.

TABLA NO. 17

DIAGNOSTICO DE "SINDROME DE NIÑO MALTRATADO" SEGÚN ALCOHOLISMO.

TIPO LESION ALCOHOLISMO	LEVE	MODERADO	SEVERA	TOTAL
S I	0	2	2	4
N O	0	4	1	5
No consignado	8	14	3	25
TOTAL	8	20	6	34

En esta tabla se presenta la relación entre alcoholismo y el tipo de lesión. Lo más importante de este cuadro es la falta del dato en las historias clínicas, encontrando 25 casos (73.5%) en los cuales el dato no está consignado, en los restantes 9 (26.4%) casos sí está, consignado, de estos 4 (44.4%) reportaron presencia de alcoholismo y 5 (55.5%) casos negativos por alcoholismo. De los 4 casos positivos 2 (50%) presentaban lesiones moderadas y 2 lesiones severas.

TABLA No.18

DIAGNOSTICO DE "SÍNDROME DE NIÑO MALTRATADO" SEGUN TAMAÑO DE LA FAMILIA

# DE HIJOS DE LA FAMILIA.	TIPO LESIÓN			TOTAL
	LEVE	MODERADO	SEVERA	
Menos de 3 hijos	1	7	1	9
3 a 5 hijos	5	7	2	14
6 y mas hijos	1	0	1	2
No consignado	1	6	2	9
TOTAL	8	20	6	34

Esta tabla presenta la relación entre el número de hijos de las familias abusivas con el tipo de lesión, encontrando 14 casos de familias con 3-5 hijos, de estos 5 eran casos leves, 7 moderados y 2 se veros, 9 casos en familias con menos de 3 hijos de los cuales 1 caso era leve, 7 casos moderados y 1 severo; 2 casos en familias de 6 y más hijos de estos 1 caso leve y caso severo, datos no consignados en 9 casos.

TABLA NO. 19

DIAGNOSTICO DE "SINDROME DE NIÑO MALTRATADO" SEGÚN ESCOLARIDAD DE LA MADRE

TIPO LESION ESCOLARIDAD MADRE.	TIPO LESION			TOTAL
	LEVE	MODERADA	SEVERA	
Ninguna	1	0	0	1
Primaria incompleta	0	4	2	6
Primaria completa	0	3	1	4
Secundaria incompleta	0	1	0	1
Secundaria completa	0	0	0	0
Universidad incompleta	0	1	0	1
Universidad completa	0	0	0	0
No consignada	7	11	3	21
TOTAL	8	20	6	34

En el cuadro No. 19 es importante señalar que el dato de escolaridad materna no fue consignado en 21 casos (61.7%), de los 13 casos consignados 8 casos (38.4%) no tenían ninguna escolaridad, 6 casos (46.1%) de primaria incompleta, 1 caso (7.5%) de primaria completa y 1 caso (7.5%) de secundaria incompleta.

TABLA NO. 20

DIAGNOSTICO DE "SÍNDROME DE NIÑO MALTRATADO" SEGÚN ESCOLARIDAD DEL PADRE

TIPO LESION ESCOLARIDAD PADRE	TIPO LESION			TOTAL
	LEVE	MODERADA	SEVERA	
Ninguna	1	0	0	1
Primaria incompleta	0	4	2	6
Primaria completa	0	3	1	4
Secundaria incompleta	0	1	0	1
Secundaria completa	0	0	0	0
Universidad incompleta	0	1	0	1
Universidad completa	0	0	0	0
No consignado	7	11	3	21
TOTAL	8	20	6	34

En el Cuadro No. 20 también faltó el dato en 21 de los casos, de los 13 casos restantes 1 caso (7.5%) no presentó escolaridad, 6 casos (46.1%) con primaria incompleta, 4 casos (30.7%) con primaria completa, 1 caso (7.5%) secundaria incompleta, 1 caso (7.5%) universitaria incompleta.

TABLA No. 21

DIAGNOSTICO DE "SÍNDROME DE NIÑO MALTRATADO" SEGUN INTEGRACIÓN DEL HOGAR

TIPO DE LESIÓN \ TIPO DE HOGAR	TIPO DE LESIÓN			TOTAL
	LEVE	MODERADA	SEVERA	
Integrado	4	9	1	14
Desintegrado	2	9	4	15
No consignado	2	2		5
TOTAL	8	20	6	34

En el presente Cuadro se hace la relación entre la integración del hogar y el tipo de lesión, los resultados fueron los siguientes: Hogares integrados 14 (41.1%), de estos 4 (28.5%) fueron rasos leves 9 (64.2%) moderados y 1 (7.1%) severo; hogares desintegrados 15 (44.1%), 2 casos leves (13.3%), 9 moderados (60%) y 4 severos (26.6%)

TABLA No. 22

DIAGNOSTICO DE "SÍNDROME DE NIÑO MALTRATADO' SEGÚN EDAD
DEL PADRE

EDAD PADRE	# DE CASOS	PORCENTAJE
Menos de 15 años	0	0
15 a 20 años	3	8.8
21 a 25 años	5	14.7
26 a 30 años	8	23.5
31 a 35 años	4	11.7
36 a 40 años	1	2.9
40 años y más	2	5.8
No consignado	11	32.3
TOTAL	34	99.7

En el Cuadro No. 22 se presenta la edad del padre, encontrando que la mayoría de los padres están comprendidos entre los 15-35 años de edad (20 casos o sea el 58.7%). Es importante señalar que el dato no estaba consignado en 11 casos (32.3%).

TABLA No.23

DIAGNOSTICO DE "SÍNDROME DE NIÑO MALTRATADO" SEGUN EDAD DE LA MADRE

EDAD DE LA MADRE	# DE CASOS	PORCENTAJE
Menor de 15 años	0	0
15 a 20 años	8	23.5
21 a 25 años	0	26.4
26 a 30 años	3	8.8
31 a 35 años	0	0
36 a 40 años	2	5.8
40 años y más	1	2.9
No consignado	11	32.3
TOTAL	34	99.7

En la Tabla No. 23 se presenta la edad de la madre encontrando 20 casos (58.7%) entre las edades de 15-30 años, de éstos 49.9% entre 15-25 años.

En 11 casos (32.3%) el dato no estaba consignado.

TABLA No. 24

DIAGNOSTICO DE "SÍNDROME DE NIÑO MALTRATADO" SEGÚN ESQUEMAS
DE VACUNACIÓN

ESQUEMA VACUNACIÓN	# DE CASOS	PORCENTAJE
Completo	5	14.7
Incompleto	11	32.3
Ninguno	9	26.4
No consignado	9	26.4
TOTAL	34	99.5

En la Tabla No. 24 se presentan el estado de los esquemas de vacunación de los niños maltratados, encontrando esquemas completos en 5 casos (14.7%), esquemas incompletos en 11 casos (32.3%), ninguna vacuna aplicada en 9 casos (26.4%) y dato no consignado en 9 casos (26.4%). Este es un importante dato de negligencia de parte de los padres o encargados.

TABLA NO. 25

DIAGNOSTICO DE "SÍNDROME DE NIÑO MALTRATADO" SEGÚN CASOS REPOPTADOS AL TRIBUNAL DE MENORES

# CASOS REPORTADOS AL JUZGADO DE MENORES	TIPO LESION							
	LEVE		MODERADO		SEVERA		TOTAL	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Número de casos	3	2.5	7	58.3	2	16.6	12	99.9%

En la Tabla No. 25 se encuentra el número de casos: que fueron reportados al Tribunal de menores, para su resolución y seguimiento, encontramos que solo fueron reportados 12 casos (35.29%) de estos 3 casos (25%) presentaban lesión leve, 7 casos (58.3%), lesión moderada y 2 casos (16.6%) con lesión severa; los restantes 22 casos (62.3%) no fueron conocidos en dicho Tribunal de Menores.

TABLA NO. 26

DIAGNOSTICO DE "SIKDROME DE NIÑO MALTRATADO " POR SEGUIMIENTO

SEGUIMIENTO	# DE CASOS	PORCENTAJE
Aldea S.O.S.	3	25
Hogar temporal	1	8.3
Hogar padres	8	66.66
TOTAL	12	99.99

En el Cuadro No. 26 se presenta un informe del seguimiento hecho por el autor de los casos presentados en el Distrito Central. Se presentaron en el Distrito Central 24 casos de los cuales se localizaron 12 casos, los restantes cambiaron de dirección. Se encontró a 3 niños en las Aldeas S.O.S, 1 de estos casos por reincidencias de abuso y 2 casos por abandono; 1 niño se encontró en el hogar temporal, este paciente presentó serias secuelas posteriores al maltrato, este abandonado por sus familiares. Los restantes 8 casos se encuentran en sus hogares con sus padres, uno de estos casos, ha recibido ayuda de parte de trabajo social y ha tenido una evolución satisfactoria, los restantes 7 casos continúan en iguales condiciones socio ambientales y aunque se negó malos tratos actualmente no pudo verificarse.

IX. D I S C U S I Ó N

El "Síndrome de Niño Maltratado" no está siendo bien codificado en los Hospitales hondureños, en el Hospital Materno Infantil solamente después de 1978 se encontraron casos, es importante señalar que en ningún otro Hospital del país se encontró codificado dicho síndrome, fue investigado en I.H.S.S., Hospital Leonardo Martínez de San Pedro Sula, Hospital Santa Teresa de Comayagua y Hospital Tela Integrado de Tela.

En el estudio hecho en el Hospital Materno Infantil en el período 1978-1983, se encontró que un 70.5% de los casos eran niños menores de 3 años, de estos 32.35% son niños menores de 1 año, estas estadísticas coinciden con los reportes mundiales. (4)

No se encuentran diferencias significativas en cuanto al sexo, 19 casos (55.88% del sexo femenino y 15 casos del sexo masculino, estos datos coinciden con los estudios hechos en otros países, en donde se encuentran diferencias de sexo solo en el abuso sexual donde hay predominio de víctimas femeninas. (13,27)

En 28 casos (82.3%) encontramos que los abusadores eran los padres verdaderos y/o padrastros; la madre causo maltrato en 25% de los casos leves y en 55% de los casos moderados, el padre causó maltrato en 12.5% de los casos leves y 50% de casos severos, los padrastros causaron el 33.3% de las lesiones severas. En estadísticas mundiales se encuentra a los padres como causante de abuso en 95% de los casos (13)

Los niños en su mayoría fueron egresados al hogar con sus padres, 17 casos (50%), 12 casos (35.29%) egresaron a instituciones de protección social como el Hogar Temporal, UCIN y Aldeas SOS y 3 .casos (8.8%) egresaron con otros familiares.

Los daños en piel ocupan el primer lugar entre los signos por maltratos con 19 casos *28.3%), seguidamente las fracturas en diferentes partes con 19 casos 28.8%), síndrome consulsivo (13.4%) hematoma subdural (7.4%), de estos hematomas subdurales 3 casos (60%) fueron bilaterales, en estadísticas mundiales se encuentran aproximadamente 75% de hematomas subdurales bilaterales. (9)

La forma de abuso más frecuentemente encontrada fue el abuso físico tanto en su forma de abuso como de negligencia o en combinación, con un total de 31 casos (91.17%).

Se encontró en el estudio un solo caso de abuso sexual, en una paciente del sexo femenino, el abusador fue su propio padre, En estadísticas de los Estados Unidos se encuentra que 1 de cada 4 adolescentes femeninas sufren abuso sexual antes de ser adultas. (27)

La reincidencia de malos tratos con reingreso del paciente al hospital se dio en 11 casos (32.5%), en el resto de los casos no se puede saber exactamente si hubo o no reincidencia de los malos tratos ya que no tuvieron seguimiento adecuado. En estadísticas mundiales se encuentra una incidencia de 50%.(13)

La relación entre síndrome de niño maltratado con aspectos socioeconómicos como trabajo de los padres, ingreso anual, número de hijos de la familia, alcoholismo, integración del hogar y escolaridad de los padres dio los siguientes resultados:

- El ingreso familiar anual fue bajo en todas las familias.
- Enfermedad alcohólica se encontró en 4 casos, lo más importante es señalar la ausencia del dato en las historias clínicas (25 casos).

En cuanto al tamaño de las familias 23 casos (67.6%) tenían de 1-5 hijos o sea que no se consideraban familias numerosas.

Se encontró hogares integrados en 14 casos y desintegrados en 15 casos por lo que no hay diferencias significativas.

La escolaridad de los padres oscilaba entre ninguna y primaria Completa, solamente se encontró un caso de educación universitaria incompleta.

La edad de los padres oscilaba entre 15-35 años.

Se aplicaron pruebas estadísticas (comparaciones entre muestras pequeñas) que rechazaron todas las hipótesis formuladas; las probables causas de esto son:

- El número de casos es pequeño. Solo se encontraron 34 casos de Síndrome de Niño Maltratado en 6 años en el Hospital Materno Infantil.
- Las historias clínicas tienen muchos datos incompletos o ausencia de datos, sobre todo en los aspectos socioeconómicos.

El ingreso a Sala depende de la edad del niño y del tipo de patología que presenta.

X. CONCLUSIONES

1. El síndrome del Niño Maltratado no está siendo codificado en todos los Centros Hospitalarios de Honduras, ya que sólo encontramos casos en el Hospital Materno Infantil.
2. El Síndrome de Niño Maltratado es más frecuente en niños menores de 3 años sin diferencias significativas del sexo.
3. Los padres y en particular la madre son los que cometen más frecuentemente el síndrome de malos tratos.
4. Las lesiones en piel ocupan el primer lugar de los signos de niños maltratados, seguidamente están las fracturas, convulsiones y hematoma subdural.
5. La mortalidad por Síndrome de Niño Maltratado fue de 5.8%.
6. La forma más frecuente de abuso fue el físico (abuso y/c negligencia).
7. Las familias de niños maltratados de este estudio pertenecen en un 100% a nivel socioeconómico bajo.
8. La edad de los padres de niños maltratados varían entre 15-35 años para el padre y 15-30 años en la madre.
9. En el 58.7% de los casos los niños no habían sido vacunados o tenían esquemas incompletos, siendo este un dato importante de negligencia.
10. No existe en nuestro país una acción complementaria entre médicos trabajadores sociales y juzgado de menores, encontramos que solo 12 casos fueron reportados al tribunal de menores.

- 11 No existe un seguimiento adecuado de los niños y sus familias, y así vemos que la mayoría de los casos se pierden una vez que son egresados del Hospital.
- 12 El 58.8% de las familias provenían del área Urbana no marginal, 23.4% del área Urbana no marginal y 14.6% del área Rural.

XI. RECOMENDACIONES

1. La integración de un grupo multidisciplinario que incluya Departamento de Trabajo Social del Bloque Mater no Infantil, médicos del Departamento de Pediatría del Bloque Materno Infantil, Departamento de Psicología y Tribunal de Menores, para que detecten, traten y hagan seguimiento adecuado de los niños que consultan por "Síndrome de Niño Maltratado" en el Hospital Materno infantil Y en tratamiento y apoyo a las familias de estos niños (ej.: psicoterapia de grupo o familias).
2. Creación de una hoja especial de datos para pacientes que ingresan con diagnóstico de "Síndrome de niño Maltratado, asimismo una hoja especial para el Departamento de Trabajo Social y Dirección Atención Médico del Bloque Materno Infantil.
3. Continuar este trabajo sobre "Síndrome de Niño Maltratado" y completarlo con otros estudios como el aspecto psicológico.

XII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Adanis Tucker Christine. "Próximete effects of Sexual Abuse in. Childhood: A Report on 28 Children". A.K.J. Psiguiatry, 139:10 de octubre de 1982.
2. Bennett Harvey S. y Col. "Elevated Intracranial Pressure in Whiplash Shaken Infant Syndrome Detected with Normal Computerized Tomography". Clinical Pediatrics, 19 (9): 633-634, septiembre. 1980.
3. Buchino John J. "Recognition and Management of Child Abuse by the Surgical Pathologist". Arch. Pathol. Lab. Med. 107: Abril 1983.
4. Espinosa Mórett Alfredo y Col. "Síndrome Mel niño Maltratado: Aspectos Médicos. Psicológicos y Jurídicos" Revista Mexicana de Pediatría, Vol. 40: 807-819, Nov-dic de 1971.
5. Fanshel David. "Decision- Making Under Uncertainty: Foster Care for Abused or Neglected Children" A.J. PH. 71 (7): 685-686, Julio 1981.
6. Farn T. Kenneth. "Deaths From Non-Accidental Injury in Children" British Medical Journal, 280 (6223): 1145, del 3 de mayo de 1980
7. Funk Jeí.nne B. "Management of Sexual Molestation in Preschoolers" Clinical Pediatrics, 19 (10): 686-688, octubre de 1980.
8. Groothuis Jessier R. y Col. "Increased Child Abuse in Families with twins". Pediatrics 70 (5): 769-773, noviembre 1982.
9. Guthkelch. A.N. "Infantile Subdural Hematoma and its Relationship to "Whiplash Injuries". British Medical Journal, 2: 430-431, mayo 1971.
10. Joyner Edmund N. y Col. "Symposium on Child Abuse" Patrocinado por el Centro Medico de la Universidad de Nueva York. Junio de 1971.
11. Keraoe C. Henry y Col. "The Battered Child Syndrome" J.A.M.A. 181 (1): 17-24 del 7 de Julio 1962.

12. Landwirth Julius. "Ethical Aspects of Studying Child Abuse" The Journal pediatrics 102 (.2); 322-323, febrero 1983

13. McNeese Margaret C. y col. "Clinical Symposia", CIBA Vol. 29. No.5, de 1977.

14. Merten David F. Y Col. "The Abused Child: A Radiological Reappraisal" Radiology, 146 (2): 377-381, febrero de 1983.

15. Mortimer J.G. "Acute Water Intoxication as another Unusual Manifestation of Child Abuse". Arch. Dis. Child, 55 (5): 401-403, mayo 1980.

16. Oliver J.E. "Dead Children from Problems Families in HE Wilts-hire" British Medical Journal, 286 (6359): 115-117, 8 de enero de 1983. *

17. Ott Victoria V. y Col. "Delayed Awakening from Anesthesia and Child Abuse" Anesthesiology, 58 (2): 178-180, 1.983.

18. Feristein Louis S. Y Col. "Child Abused in Huntingtons Diseas. Pediatrics, 70 (4): 630-632, 4 de octubre 1982.

19. Randolph Judson G. y Col. "The Injured Child" Capitol ç0, Chicago, Year Book Medical Publishers. 1979.

20. Roberts Jackeline y Col. "Post neonatal Mortality in Children "Post neonatal Mortality in Children from Abusing Families". British Medical Journal 281 (6233): 102-104, 12 de Julio de 1980

21. Rosen Barbara, Stein Martin T. "Women Who Abuse their Children" A.M.J. Dis. Child, 134 (10):94/-950, octubre 1980.

22. Scherzer Larry N. Lala Paolma. "Sexual Offenses Cornmitted Against Children" Clinical Pediatrics, 19 (10):679-685, octubre 1980.

23. Sty John R. Y Col. "The Role of Bone Sintigraphy in the Evaluation of the Suspected Abused Child" Pediatric Radiology, 146:369-375, febrero de 1983.

24. Vesterdal J. "El Síndrome del Niño Maltratado" Anales Nestlé, fascículo N. 114.
25. Volk-Donna. "Factitious Diarrhea in two Children". A.K.J. Dis. Child, vol. 136: 1027, noviembre de 1982.
- 2b. Wilkinson A.W. "Early Nutrition, and Letter Development" Chicago Year Book Medical Publishers. 1980.
27. Wood ling Bruce A., Kossoris Peter D. "Sexual Misuse: Rape, Molestation and Incest". Pediatric Clinics of North America. 28 (2): 481, 499, mayo de 1981.
28. Inédito.

ANEXOS

CUADRO EN QUE SE RECOLECTARA LA INFORMACION

AÑO

NUMERO DE EXPEDIENTE.

EDAD DEL NIÑO

SEXO

LUGAR DONDE VIVE

AGRESOR

DIAGNOSTICO DE INGRESO

DIAGNOSTICO DE EGRESO

LUGAR A DONDE EGRESO

TIPO DE ABUSO

ESQUEMA DE VACUNACION.

SECUELAS POSTERIORES AL MALTRATO.

LESIONES PRESENTADAS.

SALA A LA QUE INGRESO

NUMERO DE INGRESOS POR ABUSOS

INTEGRACION DEL HOGAR.

TRABAJO DE LOS PADRES

INGRESO FAMILIAR

EDAD DE LOS PADRES

PRESENCIA DE ALCOHOLISMO

NUMERO DE HIJOS DE LA FAMILIA

ESCOLARIDAD DE LOS PADRES