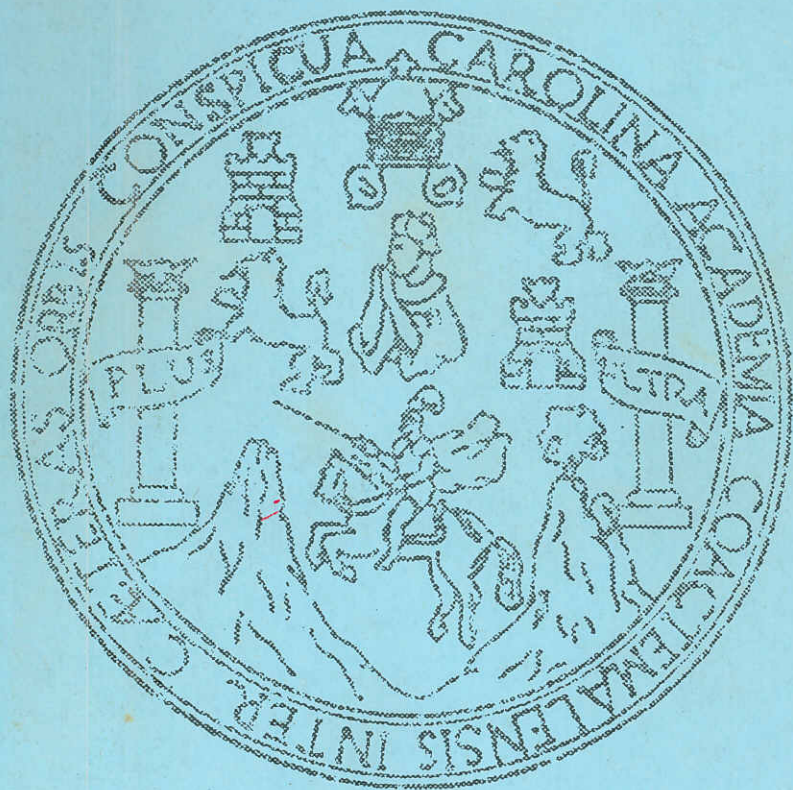


UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA.  
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS.

DESCRIPCIÓN DEL MALTRATO FÍSICO EN NIÑOS  
Y NIÑAS.



MANUEL DE JESÚS PÉREZ PÉREZ.

MEDICO Y CIRUJANO

## INDICE.

CONTENIDO.	PAG.
I. Introducción.	1
II. Definición y análisis de problema.	2
III. Justificación.	4
IV. Objetivos	5
V. Marco teórico.	6
A. Descripción del maltrato infantil.	6
B. Maltrato infantil en la antigüedad.	6
C. Tipos de maltrato infantil.	7
1. Maltrato físico.	7
a) Manifestaciones clínicas encontradas en él	
Maltrato físico.	7
2. Maltrato emocional.	15
3. Maltrato por negligencia o descuido.	15
4. Maltrato por abuso sexual.	15
5. Síndrome de munchausen o polle.	17
D. La violencia en el maltrato infantil.	18
E. El maltrato infantil intrafamiliar y los patrones de crianza.	19
F. Generalidades legales del maltrato físico.	20
VI. Metodología.	22
VII. Presentación de resultados.	25
VIII. Conclusiones.	48
IX. Recomendaciones.	49
X. Resumen.	50
XI. Bibliografía	51

## I. INTRODUCCIÓN

El Maltrato Infantil se da a través de lesiones no accidentales, ocasionadas por los responsables del desarrollo del niño y que son consecuencia de acciones físicas, emocionales o sexuales, por comisión u omisión que amenazan el desarrollo físico, psicológico y emocional, considerado como normal para el niño (18).

El presente estudio describe el problema de Síndrome del Maltrato Físico, en los niños menores de 5 años atendidos en el I.G.S.S. de la zona 9 en el periodo de 1,994 a 1,998.

Los principales resultados son: que los hematomas son las principales lesiones físicas encontradas en los niños maltratados, seguido por las quemaduras y fracturas. El trauma interno aunque es la cuarta causa, ha ocasionado en los últimos años la defunción en dos niños por trauma de cráneo.

El agresor más frecuentemente reportado es el padrastro, y los hogares donde más se desarrollan los maltratos son los hogares integrados. El sexo más agredido es el masculino, y el grupo de edad más afectado son los niños y niñas de un año a menores de dos años.

La forma u objeto de agresión más frecuentemente reportado es la inmersión seguido por el golpe con la mano ó el pie, palo, cincho, etc.

Se recomienda estudiar a los pacientes con historias clínicas no correlacionadas a los hallazgos encontrados al examen físico del niño, principalmente aquellos con lesiones como hematomas inexplicables, quemaduras con formas inusuales como guante y calcetín.

## II. DEFINICION Y ANALISIS DE PROBLEMA:

Maltrato Infantil: se considera maltrato infantil a todas aquellas lesiones físicas no accidentales, ocasionadas por los responsables del desarrollo del niño. Su clasificación es: 1.- maltrato físico, 2.- maltrato emocional, 3.- maltrato por negligencia o descuido, 4.- maltrato por abuso sexual, 5.- y el Síndrome de Muchaunsen (17, 18).

Los factores desencadenantes del maltrato son múltiples dentro de los cuales tenemos: económicos, sociales, políticos, culturales y psicológicos, los cuales tienen repercusión negativa en los niños y la sociedad.

En Guatemala no se conocen las estadísticas exactas del Síndrome de Maltrato Infantil, debido a la idiosincracia prevaleciente en nuestra cultura, pero si tenemos algunos datos que son alarmantes. Según el Ministerio de Salud, la sexta causa de morbilidad en el país es la violencia común (19).

Observando los informes médico legales de la ciudad de Guatemala, la mayor parte de las víctimas son adolescentes y niños, ya que en el período de octubre de 1,993 a octubre de 1,994 murieron violentamente 113 jóvenes y niños por arma de fuego, arma blanca y esquirra de granada, además fueron encontrados fallecidos en las calles 27 fetos, neonatos y niños (19). La Policía Nacional en el primer trimestre de 1,994 dismanteló once casas cunas clandestinas, recuperando 31 niños y niñas cuyo origen se desconocía (19).

Frecuentemente en el Maltrato Físico se encuentran lesiones que dejan marca en la piel en diferentes partes del cuerpo, quemaduras de diferente grado, fracturas inexplicables, arañazos, moretes en distintos estadios, etc. sin una adecuada correlación con la historia clínica de cada paciente.

También en los hospitales se está haciendo más frecuente el diagnóstico de Síndrome de Maltrato Infantil. Basados en estos casos

se tiene desde 1,986 el primer Comité de Maltrato Infantil en el Hospital San Juan de Dios.

Debido a que no es el único hospital con dicho problema, las demás instituciones hospitalarias han creado comités para el manejo de estos pacientes. Posteriormente a una reunión interhospitalaria para unificar criterios, el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social ha venido desde el 24 de agosto de 1,990 evaluando diferentes casos de Maltrato Infantil a través de su comité.

Es de gran importancia, que el médico conozca la magnitud de dicho problema, así como de las lesiones físicas que con mayor frecuencia se presentan en los casos de diagnóstico de Maltrato Infantil. Este estudio describirá los hallazgos encontrados en los casos que han sido evaluados por el Comité en un periodo de 5 años.



### III. JUSTIFICACIÓN.

El Maltrato Infantil es un problema latente que ha estado en todas las culturas y todas las épocas de la humanidad.

Guatemala siendo un país que padeció una guerra interna de 36 años que provocó pobreza, orfandad, marginación social, desintegración familiar y muerte, aumentó negativamente en el cumplimiento de los bienes y servicios que facilitan el desenvolvimiento biopsicosocial y moral de la infancia y la juventud.

Como consecuencia del crecimiento de la pobreza, UNICEF demostró en 1,990 que entre mil y dos mil niños vivían en las calles. Cientos de estos niños son captados por el tráfico de drogas y las niñas por las redes de prostitución, todos ellos víctimas consecuentemente de maltrato físico (2).

Los datos nacionales de niños, niñas y adolescentes de Guatemala presentados ante el Comité de los Derechos del Niño de la Naciones Unidas en 1,995 hace notar que en 24 hospitales nacionales y 21 oficinas de medicina forense, entre 1,992 y 1,995 se detectaron 5,382 casos de Maltrato Infantil de los cuales 2,703 fueron casos de maltrato físico (18).

Siendo el Maltrato Infantil un problema antiguo y presente que cada día aumenta su magnitud, se considera importante evaluar los casos conocidos por el Comité de Maltrato Infantil del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, y propiciar una detección temprana por parte del personal médico, paramédico, enfermería, educadores en salud e instituciones dedicadas al cuidado de la niñez.

Con este estudio se contará con información que nos permita realizar un mejor diagnóstico y llevar un mejor manejo de estos casos así como elaborar programas educativos dirigidos a los padres para tratar de disminuir este grave problema que afecta a la población guatemalteca.

### IV. OBJETIVOS

#### A. OBJETIVO GENERAL.

Describir el Síndrome del Maltrato Físico, en niños menores de 5 años atendidos en el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social en el periodo de 1,994 a 1,998.

#### B. OBJETIVOS ESPECIFICOS:

- 1.- Determinar el tipo de lesión más frecuentemente observada en el examen físico.
- 2.- Identificar quien es el agresor.
- 3.- Identificar la edad más afectada.
- 4.- Identificar el sexo más afectado.
- 5.- Identificar el tipo de hogar al que pertenece el niño - niña agredido.
- 6.- Identificar la forma u objeto mayormente utilizado en la agresión.

## V. MARCO TEORICO.

### A.- DESCRIPCIÓN DEL MALTRATO INFANTIL.

¿QUÉ ES EL MALTRATO INFANTIL?: se considera maltrato infantil todas aquellas lesiones físicas no accidentales, ocasionadas por los responsables del desarrollo del niño y que son consecuencia de acciones físicas, emocionales o sexuales, de comisión u omisión, que amenazan al desarrollo físico, psicológico y emocional, considerando como normal para el niño (18).

### B.- MALTRATO INFANTIL EN LA ANTIGÜEDAD.

El niño ha sido objeto de trato diferente de acuerdo a la época, a los pueblos y a la civilización; ejemplos de maltrato en algunos pueblos de la antigüedad son:

Los Moravitas, Amonitas y Fenicios rendían adoración al Dios Moloch que tenía figura de hombre y cabeza de ternero con una parrilla en su mano derecha, construido de bronce y vacío por dentro, el cual se rellenaba de combustible y cuando la parrilla se encontraba al máximo de caliente, se colocaban en ella a niños vivos, de ese modo los sacrificaban (18).

En América prehispánica, dentro de los pueblos Nahuas, en los primeros seis años de vida, la educación de los niños estaba a cargo de los padres, su función consistía en darles buenos consejos, al niño se le enseñaba a transportar agua y leña, la niña observaba como hilaba la madre, cómo molía el maíz y hacía las tortillas, en estos primeros años a los padres no se les permitía castigar a los hijos, a los siete años, tanto a varones como mujeres se les iba incorporando paulatinamente al trabajo, a partir de ese momento se aplicaban castigos corporales a la desobediencia, se les obligaba a aspirar chile quemado, para el fortalecimiento del carácter les introducían en la piel espinas de magüey.

En Guatemala el maltrato a niños es un problema añejo, sin embargo su preocupación y reconocimiento como problema médico, legal y social, apenas ha cobrado actualidad gracias a la preocupación, atención, denuncias y movilización de personas e instituciones que implementan proyectos para el desarrollo y protección de la niñez.

### C.- TIPOS DE MALTRATO INFANTIL.

Existen diferentes clasificaciones del maltrato infantil por diferentes autores e instituciones que trabajan la problemática, la más conocida es la siguiente:

1. Maltrato Físico.
2. Maltrato Emocional.
3. Maltrato por Negligencia o Descuido.
4. Maltrato por Abuso Sexual.
5. Síndrome de Munchause (Síndrome de Polle) (18).

En algunas situaciones, es posible encontrar una combinación de estos tipos de maltrato en un mismo niño o niña.

#### 1.- MALTRATO FÍSICO:

Se refiere al maltrato hacia el cuerpo del niño o niña, produciéndose lesiones internas y externas. Este maltrato se puede observar a través de golpes, lesiones aplicadas al niño - niña, con fuerza y violencia, con la intención de disciplinarlo y educarlo.

#### a.) MANIFESTACIONES CLÍNICAS ENCONTRADAS EN EL MALTRATO FÍSICO (3, 17).

i.- LESIONES DE PIEL Y MUCOSAS: las anomalías de la piel se encuentran entre las más comunes y son las manifestaciones de maltrato más fácilmente reconocibles, ya que este órgano es el primero en recibir el impacto de la agresión, sea con un objeto o con

la mano, produciendo: hematomas, equimosis o moretes, abrasiones y laceraciones, estas a su vez pueden ser comunes en niño o niñas mayores de 5 años que juegan con otros niños bruscamente.

#### - EVOLUCION DE LOS MORETES EN EL TIEMPO.

EDAD.	COLOR.
0 - 5 días	Rojo, Azul.
5 - 7 días	Verde.
7 - 10 días	Amarillo.
10 - 14 días	Café.
2 - 4 semanas.	Claro.

Variable dependiendo de diversas circunstancias. ( 17 )

**ii. LESIONES EN LA BOCA Y OÍDOS:** en esta región podemos encontrar: los hematomas en labios o laceraciones de los frenillos (sublingual, labiales), así como de la lengua, por golpes directos o por alimentación forzada, y fracturas de dientes.

Ruptura o hematomas de la membrana timpánica, por golpe directo en la zona, presencia de sangre detrás de la membrana timpánica, puede indicar fractura de la base del cráneo.

**iii. MARCAS DE OBJETOS Y ARAÑAZOS:** en ocasiones se puede reconocer la forma del objeto con el que se produjo el maltrato como lo son, forma de objeto flexible como cinturón, cable eléctrico o cuerda, también marcas de hebilla de cinturón, utensilios de cocina, marcas circunferenciales por ataduras alrededor del cuello, muñecas y tobillos.

Marcas de arañazos frecuentemente en cara, manos, o cualquier parte del cuerpo, pudiendo ser únicos o estar agrupados.

**iv. MORDEDURAS:** las mordeduras humanas son diferentes de las mordeduras de los animales en tres aspectos:

1.- El tamaño de la marca.

- 2.- La forma del arco dental.
- 3.- El mecanismo de la mordida.

Las mordeduras de animales, (perros, gatos, roedores, etc.) dejan marcas más pequeñas, angostas y profundas.

Las mordeduras humanas dejan marcas parejas en forma de semiluna con la marca de cada diente, en ocasiones las dos semilunas se juntan, formando un anillo.

La mordedura de un niño - niña o de un adulto, para diferenciarlas se debe medir la distancia entre el centro de los dos caninos, si es mayor de 3 cm la mordida es de un adulto o alguien con dientes permanentes (mayor de 8 años), por lo que debe anotarse en la historia clínica el tamaño de la marca de cada diente, el ancho de la arca superior y de la inferior, el diámetro horizontal y el vertical de la mordida.

**v. TIRONAMIENTO O ARRANCAMIENTO DE CABELLO:** alopecia o calvicie traumática por tironamiento, se puede observar espirales en el extremo roto del pelo.

Si el tironamiento fue reciente, el cuero cabelludo puede estar sensible y presentar hematoma, equimosis o petequias.

**vi. QUEMADURAS:** las quemaduras en los niños - niñas suceden en relación con tres modelos de conducta paterna:

- Accidentales, ocurren durante un lapsus en la protección y cuidado usual, este tipo de quemaduras no deja forma con la cual fueron hechas.

- Negligencia, ocurre en familias en las cuales el cuidado, supervisión o crianza de los niños - niñas no es el adecuado para su protección.

- Abuso, la quemadura se ha producido en forma deliberada, frecuentemente como un castigo.

Las quemaduras no accidentales son consideradas una forma seria de maltrato por el dolor, la ansiedad y la morbilidad que acompaña a este tipo de lesiones.

Los elementos que sugieren maltrato en quemaduras de niños – niñas son:

- Repetidas quemaduras, o de distinta antigüedad.
- Quemaduras asociadas a lesiones de diferente tipo y de origen dudoso (por ejemplo: hematomas, fracturas, etc.).
- Formas extrañas, curiosas o atípicas de las quemaduras.

Dentro de las manifestaciones clínicas provocadas por las quemaduras, encontramos marcas en forma de guante, media o calcetín provocadas por quemaduras de inmersión. En las quemaduras por contacto encontramos marcas de objetos que han sido calentados y luego colocados sobre la piel, el más utilizado es el cigarrillo, también se han encontrado marcas con planchas, estufas, comales, calentadores, llaves, cuchillos, alambres, clavos, etc.

**vii. LESIONES OSTEO – ARTICULARES:** dentro de este tipo de maltrato podemos encontrar fracturas, subluxaciones o tironamientos en diferentes partes del cuerpo.

El mecanismo que conduce a las diferentes lesiones óseas y articulares son golpes directos, retorcimientos, sacudimientos y compresión.

Aunque las extremidades son el sitio del cuerpo donde por lo común hallamos lesiones esqueléticas, también se encuentran en

costillas, clavícula, omóplato, cráneo y columna vertebral. Las fracturas en estas regiones, en diferentes estadios de evolución son indicadores de alta sospecha para el diagnóstico de maltrato infantil.

Las fracturas de las diáfisis (parte central del hueso) son 2 a 4 veces más frecuentes que las metafisiarias (unión de diáfisis con extremo del hueso o epífisis), aunque las últimas son más específicas. Por el golpe directo o retorcimiento se producen fracturas transversas, oblicuas o en espiral de las diáfisis de huesos largos. Para producir este tipo de fracturas se necesita ejercer una fuerza mayor que la del niño o niña puede generar por sí mismo.

**viii. LAS LESIONES DE CRANEO Y CARA:** son unas de las más fuertes en maltrato infantil, sin embargo son difíciles de diferenciar clínicamente de una lesión accidental o intencional, por lo que el diagnóstico se basa más en los datos de la historia, los cuales no concuerdan con la severidad del traumatismo, algunas de las presentaciones de estas lesiones pueden ser como:

- La presencia de una tumefacción o depresión debajo del cuero cabelludo, en general sin alteración del comportamiento, suele ser de origen traumático accidental y puede cubrir una fractura de cráneo, también podemos encontrar hematomas de cuero cabelludo sin lesión cerebral ni fractura subyacente.
- La fractura de la base del cráneo presenta como signo indirecto equimosis en órbita o en área mastoidea (signo de Battle) y descargas de sangre o líquido cefalorraquídeo por la nariz u oídos.

**ix. LESIONES TORACICAS Y ABDOMINALES:** en las lesiones torácicas y abdominales, clínicamente es difícil diferenciar si el traumatismo fue accidental o intencional por lo que el diagnóstico de maltrato infantil depende más de la sospecha, basada en la historia que no concuerda con los hallazgos al examen físico. Entre las lesiones más comunes se encuentran:

Lesión torácica: por aplastamiento, compresión o golpe directo, en la cual se producen fracturas de costillas, efusiones o derrames



pleurales, contusiones pulmonares, rupturas bronquiales o hemotórax.

**Lesión abdominal:** la mayoría de las lesiones viscerales debidas a abuso físico ocurren debajo del diafragma y usualmente incluyen el tracto gastrointestinal. Este tipo de ruptura de víscera sólida o hueca puede presentar un cuadro de abdomen agudo. Sin embargo, una perforación duodenal oculta puede pasar sin ser detectada y tardíamente desarrollar una peritonitis generalizada.

Mecanismos que conducen a las diferentes lesiones torácicas y abdominales:

Por aplastamiento o compresión.

Por aceleración – desaceleración, sacudimiento.

Por golpe directo (16, 17).

**x. LESIONES OCULARES:** las lesiones oculares unilaterales pueden ocurrir con cierta frecuencia en la infancia, sin embargo cuando éstas son bilaterales debe sospecharse fuertemente en maltrato infantil. Las lesiones oculares pueden dividirse en dos grupos:

- Lesiones de partes blandas periorbitarias, en la cual podemos encontrar: hematomas, equimosis, rasguños, hemorragia subconjuntival o conjuntival, escoriaciones y heridas.

- Lesiones de las estructuras propias del ojo, encontrando: hemorragias retinianas, dislocación o desprendimiento del cristalino, dislocación del ojo, catarata traumática, hemorragia vítrea o desprendimiento de retina.

**xi. LESIONES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL:** los traumatismos del sistema nervioso central son los responsables de la mayor parte de las secuelas, discapacidades y muerte asociada con maltrato físico. En esta región encontramos: los hematomas subdurales o contusión cerebral por traumatismos, producidos por caída de la cama, tropezones, caída de bicicleta, etc.

El clásico hematoma subdural está asociado con fractura de cráneo secundario a golpe directo con la mano o contra la pared, pero también puede presentarse sin ninguna otra lesión asociada. Estos hallazgos fueron llamados en una época hematomas subdurales espontáneos, pero la evidencia apunta con claridad a un mecanismo de violenta sacudida, ya que un único acto violento puede producir alteración de la función del sistema nervioso central.

**xii. SÍNDROME DE LATIGAZO O DEL NIÑO - NIÑA SACUDIDO:** el mecanismo por el cual se da: el adulto sostiene al niño o niña de los brazos sacudiendo su cuerpo con violencia, otras veces lo hace del tórax, de las extremidades o de una sola pierna o brazo, dejando en ocasiones la huella de los dedos en el lugar donde fue sostenido.

Ocurre por lo común en menores de 24 meses, con un pico de incidencia en los 6 meses. Esta vulnerabilidad del neonato y del niño pequeño, al sangrado intracraneal se debe a la combinación de diversos factores: una cabeza relativamente grande y pesada con respecto al cuerpo, músculos de la nuca débiles y columna flexible que dejan al cerebro a merced de la aceleración – desaceleración (16).

Manifestaciones clínicas: mediante el fondo de ojo se detectan hemorragias retinianas, que son tan frecuentes en niños pequeños con injuria cefálica por maltrato infantil. También puede haber injuria cerebral por aceleración giratoria.

El síndrome del tirón de orejas, se acompaña de lesiones purpúricas, frescas en el hélix, la fosa triangular, el interior de los pliegues de la oreja y en el pliegue posterior.

**xiii. LESIÓN MEDULAR:** la columna vertebral del niño es mayormente cartilaginosa, pudiendo soportar una considerable elongación o angulación, recobrándose sin evidencia de cambios anatómicos. No sucede lo mismo con la médula espinal cuya irrigación se compromete con facilidad, produciéndose infarto isquémico provocando daño neurológico.

El desarrollo de cifosis (curvatura anormal con prominencia dorsal de la columna vertebral) debido a algunas de estas alteraciones post traumáticas, sin explicación adecuada, es altamente sospechoso de maltrato en la infancia.

#### xiv. OTRAS MANIFESTACIONES DE MALTRATO FÍSICO:

- **ASFIXIA:** es poco común en la infancia por su difícil diagnóstico, ya que puede ser producto de accidentes, como por maltrato físico. Objetos con los que se producen: bolsas de plástico, cordón del chupete o sofocación intencional con la almohada.

- **MUERTE SÚBITA:** otra inusual manifestación del maltrato es el bebé que se presenta como una muerte súbita, o muerte en la cuna. Externamente no tiene ninguna manifestación clínica de maltrato, pero en la anatomía patológica puede hallarse lesiones del sistema nervioso central, de médula espinal, hemorragias internas o lesiones por asfixia.

El diagnóstico diferencial debe realizarse con el Síndrome de Muerte Súbita verdadero, cuyo mecanismo es desconocido. Siendo la edad más frecuente de presentación entre la 1 semana de vida y un año de edad, con un pico de incidencia entre los 2 y los 4 meses, coincidente con la muerte por maltrato físico.

El manejo de emergencia del niño que llega en esas condiciones debe incluir detallada historia previa al episodio, examen físico completo, RX óseo completo y autopsia.

#### xv. ESTUDIOS DIAGNOSTICOS COMPLEMENTARIOS:

Para confirmar el diagnóstico de Síndrome de Maltrato Infantil, o para realizar un adecuado diagnóstico diferencial, debe hacerse estudios de gabinete complementarios, tales como: pruebas sanguíneas y serológicas, estudios radiológicos y ecográficos, Tomografía Axial Computarizada (17), ya que puede presentarse una amplia manifestación clínica en el Síndrome de Maltrato Infantil.

Debe realizarse RX de huesos largos, ya que se han detectado fracturas nuevas o viejas en un 25 % de los casos (17) accidentalmente. Así como fracturas de cráneo sin manifestaciones clínicas.

#### 2. MALTRATO EMOCIONAL:

Este es el maltrato más difícil de identificar. El mismo no se puede ver a simple vista como el maltrato físico, el maltrato emocional siempre está acompañado de otro maltrato y se observa cuando el adulto critica constantemente al niño, haciéndolo sentirse inferior, lo hace sentir mal cuando lo compara con otros niños, cuando no se le estimula a seguir adelante ante sus pequeños éxitos, a través de insultos, humillaciones, amenazas, ofensas, gritos, mensajes destructivos (no te quiero, eres un tonto, no sirves para nada, no te soporto), rechazo, falta de atención y afecto.

Estas agresiones son provocadas por padres, familiares, maestros y personal de instituciones encargadas del cuidado y protección de los niños. Desarrollando niños tristes, temerosos e inseguros, o por el contrario en niños agresivos y violentos.

#### 3. MALTRATO POR NEGLIGENCIA O DESCUIDO:

El maltrato por negligencia es un acontecimiento que se observa con mucha frecuencia, generalmente se caracteriza por el descuido de parte de los padres, con respecto a las necesidades básicas de la vida, de sus hijos. Se manifiesta por la falta de alimentación inadecuada, control médico, falta de vestuario o vestuario defectuoso, malformación de hábitos, inasistencia escolar, la poca vigilancia o vigilancia deficiente da lugar a que ocurran accidentes como: caídas, quemaduras, intoxicaciones, mordeduras de animales, accidentes de tránsito y extravíos en la vía pública.

#### 4. MALTRATO POR ABUSO SEXUAL:

El maltrato por abuso sexual ocurre cuando un adulto utiliza su fuerza o poder sobre el niño o niña o joven para envolverlo en la participación de cualquier actividad sexual, la cual no comprende ni se encuentran capacitados para dar consentimiento.

El abuso sexual puede o no ser un acto violento, y abarca desde exhibicionismo, la manipulación de genitales, la explotación sexual o prostitución, la participación o exposición de material pornográfico, la introducción de objetos en los genitales hasta la violación o incesto, tocar el pecho del niño o niña o de su atacante, sexo oral y la penetración o intento de penetración de la vagina o recto del niño o niña. En el caso de que ocurra entre dos menores de edad debe existir una diferencia mínima de aproximadamente cinco años entre el agresor y su víctima para clasificarse como un caso de abuso sexual (17).

El agresor por lo general es alguien que goza de la confianza del niño, en muchos casos es un familiar, uno de los padres, una niñera, un hermano mayor o un maestro, cualquiera que tenga autoridad sobre el niño. El abusador sexual generalmente se vale de regaños, amenazas o fuerza física para convencer u obligar a la víctima para que participe.

Dentro de las características del maltrato por abuso sexual tenemos:

Presentan dolor y picazón en los genitales.

Tienen infecciones urinarias eventuales o crónicas.

Dificultad para orinar.

Dificultad para caminar y sentarse.

Ropa interior y exterior destruida sucia o manchada con sangre, heridas, hemorragias de los órganos genitales externos, de la vagina o del ano.

Flujo en el pene o en la vagina.

Embarazo.

Las enfermedades de transmisión sexual no se desarrollan espontáneamente en ningún niño o niña. Cuando un niño se encuentra afectado por una enfermedad de este tipo quiere decir que ha habido contacto sexual con un adulto, o con un niño mayor que la padecía.

Factores de riesgo específicos de abuso sexual:

Existencia de padrastro.

Vivencia con drogadictos y alcohólicos.

Riñas frecuentes en la pareja.

Padres con daños psicológicos.

Niños que no viven con los padres biológicos.

Niños recomendados con vecinos o familiares.

Niños que se quedan solos, mientras los padres trabajan.

## 5. SÍNDROME DE MUNCHAUSEN (O SÍNDROME DE POLLE):

Actualmente se reconoce el Síndrome de Munchausen, donde el adulto mediante la falsificación de datos clínicos simula una enfermedad en el niño que aparentemente requiere atención médica.

Generalmente la madre inventa o crea los síntomas o signos del niño, los mecanismos pueden ser:

Refiriendo una historia errónea de los hechos.

Proporcionar al niño o niña grandes cantidades de agua, sodio, aspirina, barbitúricos, laxante, etc.

Disminuyendo, interrumpiendo o modificando medicamentos indicados.

Agregando sustancias a las muestras enviadas a laboratorio.

Criterios para el diagnóstico del Síndrome de Munchausen.

Persistencia o recurrencia de una enfermedad cuya causa no puede ser encontrada.

Discrepancia entre el interrogatorio y los hallazgos de la exploración física.

Desaparición de los signos y síntomas, cuando el niño no se encuentra junto a la persona encargada de él, (madre, padre, tutor, etc.).

Padres que se encuentran tranquilos, ante la supuesta enfermedad del niño y los procedimientos diagnósticos empleados, aunque éstos sean dolorosos, riesgosos y costosos.

Hospitalizaciones frecuentes del niño y tratamientos médicos intensos y repetidos.

Antecedentes de una investigación amplia sobre enfermedades poco comunes.

#### D. LA VIOLENCIA EN EL MALTRATO INFANTIL.

Dicho de manera amplia, la violencia es la realización de determinadas relaciones de fuerza tanto en términos interpersonales, como de grupo sociales e instituciones, por lo cual se da una negación de valores humanos de tipo universal, tratando al ser humano no como sujeto sino como cosa.

En términos generales todo ello se expresa a través de la marginación social y educativa, de la exclusión política, de la discriminación étnica de los niños y adolescentes. Siendo principalmente los niños víctimas de atropello por su condición de edad.

La violencia como fenómeno social no se da aisladamente, existiendo factores que favorecen y que desencadenan el ejercicio de las distintas formas de Maltrato Infantil dentro de las cuales tenemos:

##### 1. Factores derivados de la situación socioeconómica nacional:

La pobreza.

La desnutrición.

La morbi - mortalidad.

El abandono institucional.

El abandono del niño cuando los padres tienen que trabajar.

La explotación laboral.

La explotación sexual.

La desintegración familiar.

##### 2. Maltrato derivado de la violencia social.

Como víctimas de la guerra y la violencia estructural:

Orfandad.

Desapariciones forzadas.

Lisiados de guerra.

Desplazamientos.

Niños soldados.

##### 3.- Como víctimas de la violencia y la delincuencia común:

Asesinatos.

Secuestros económicos.

Adopciones ilegales.

Explotación sexual.

Tráfico y consumo de drogas.

##### 4. Factores socioculturales de riesgo:

El autoritarismo.

El racismo.

El machismo.

El adultocentrismo.

#### E. EL MALTRATO INFANTIL INTRAFAMILIAR Y LOS PATRONES DE CRIANZA.

No debe perderse de vista que en sociedades como la guatemalteca, la familia es la principal figura en las funciones de cuidado, crianza, socialización de valores y prácticas morales de los niños y jóvenes. Dentro de ella, el padre y la madre son agentes reguladores de los hábitos y buenas costumbres en el niño.

Lamentablemente las distintas comunidades guatemaltecas que integran una sociedad en una determinada época han desarrollado los malos tratos como: el castigo, la intimidación, la agresión y el abuso de poder como métodos disciplinarios en la niñez influyendo negativamente en su desarrollo.

Los métodos de crianza maltratantes, practicados por los padres y reproducidos por sus hijos de generación en generación, se constituyen en patrones rígidos con efectos deformadores del grupo familiar y de sus relaciones humanas.

El castigo como método disciplinario: entre los diferentes grupos étnicos guatemaltecos, al parecer no se presentan diferencias marcadas en lo que respecta al castigo, dándose una lección patriarcal ya que las acciones maltratantes son justificadas por la conducta del niño que desobedece. Se afirma que si no lo educa de pequeño cuando sea mayor ya no lo podrá hacer.



Estos castigos son: niños quemados sobre los comales, o con leños encendidos, obligándolos a comer chile por mala conducta o por llevarse cualquier objeto a la boca, incarlo sobre semillas de maíz, recibir azotes, insultos, etc.

## **F. GENERALIDADES LEGALES DEL MALTRATO FÍSICO.**

NOTA: este código aún no está en vigencia, sin embargo entrará en vigencia a partir del año 2,000 por lo que actualmente se está utilizando el código de menores.

1. Decreto número 78 – 96. CODIGO DE LA NIÑEZ Y LA JUVENTUD GUATEMALA, C. A. 1,998.

Se tiene contemplados todos los aspectos sobre el manejo legal de nuestra niñez abarcando todos los estratos socioeconómicos, así como de las diferentes situaciones por las que puede estar viviendo la niñez, teniendo los aspectos más importantes para nuestro estudio en lo siguiente:

### **TITULO III, DERECHOS SOCIALES, SECCION VII.**

#### **DERECHOS A LA PROTECCIÓN POR EL MALTRATO. (3)**

Artículo 55: Los niños, niñas y jóvenes tienen derecho a ser protegidos contra toda forma de maltrato. El estado estimula la creación de instituciones y programas preventivos o psico – sociales necesarios, para dar apoyo y orientación a la familia y a la comunidad. Así mismo deberá proporcionar la asistencia necesaria, tratamiento y rehabilitación a las víctimas, a quienes cuidan de ellas y al victimario.

Artículo 56: El estado deberá adoptar las medidas legislativas, administrativas, sociales y educativas apropiadas para proteger a los niños, niñas y jóvenes contra toda forma de:

a.- Abuso físico o mental.

- b.- Abuso sexual.
- c.- Descuido o tratos negligentes.
- d.- Explotación sexual.

Artículo 57: El personal de las instituciones públicas y privadas, centros educativos, servicios de salud y otros de atención a los niños, niñas y jóvenes tienen la obligación de denunciar los casos de maltrato que se detecten o atiendan en sus instituciones.

## VI. METODOLOGIA.

### A. Tipo de estudio.

Retrospectivo descriptivo.

### B. Objeto o material de estudio.

Historias clínicas de niños – niñas, diagnosticados como Síndrome de Maltrato Infantil, en menores de 5 años conocidos por el Comité del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, del Departamento de Pediatría en el período de 1,994 a 1,998.

### C. Población.

Se toman los casos diagnosticados como Maltrato Infantil, teniendo 606 casos en el período de 1,994 a 1,998.

### D. Criterios de inclusión.

- 1.- Pacientes evaluados y confirmados como Maltrato Infantil por el Comité Hospitalario zona 9.
- 2.- Pacientes menores de 5 años de edad.
- 3.- Pacientes de ambos sexos (niño – niña).

### E. Ejecución.

Revisión de las historias clínicas de los pacientes con diagnóstico de Maltrato Infantil, recolectándose la información en una boleta de estudio que contiene las variables propuestas.

### F. Presentación de los resultados estadísticos.

Por medio de cuadros y gráficas de estadística descriptiva se presentaran cada una de las variables estudiadas.

## G. Definición de variables.

Variable	Definición teórica.	Definición operacional.	Escala de medición.	Unidad de análisis.
Maltrato físico.	Lesiones físicas no accidentales, ocasionadas por los responsables del niño o niña.	Maltrato hacia el cuerpo del niño o niña produciéndole lesiones externas e internas según H.C.	Nominal.	Si. No.
Tipo de lesión.	Daño causado por una herida, golpe o enfermedad.	Lesiones físicas referidas en la historia clínica.	Nominal.	Hematoma. Fractura. Quemadura Mordida. Pellizco. Herida cortante. Trauma interno.
Sexo.	Condición orgánica que distingue al hombre de la mujer.	El sexo se encuentra en la historia clínica.	Nominal.	Masculino. Femenino.
Edad.	Tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta la fecha.	Edad en años cumplidos escrita en la historia clínica.	Númerica	1, 2, 3, 4 y 5 años.
Agresor.	Persona quien ejerce algún tipo de lesión.	Persona quien deliberadamente ejerce maltrato físico al niño o niña, según historia clínica.	Nominal.	Padre, madre, hermano(a) padrastro, madrastra, otros.
Hogar.	Forma de vida de la familia.	Tipo de hogar en el que vive el niño escrita en la historia clínica.	Nominal.	Integrado: padres e hijos. Desintegrado: falta uno de los padres.
Objeto utilizado para la agresión.	Todo lo que es materia.	Objeto usado para la agresión del niño escrita en la historia clínica.	Nominal.	Cincho, lazo, palo, mano o pie otros.

## H. Recursos.

### 1. Materiales físicos:

- Historias clínicas del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social archivadas en el Comité de Maltrato Infantil.
- Boletas de recolección de datos.
- Equipo de oficina, (papel, lapicero, corrector, folder, etc.)
- Computadora e impresora.

### 2. Humanos:

- Licenciada en trabajo social (del Comité de Maltrato Infantil).
- Personal de bibliotecas.
- Investigador.
- Personal de archivo del I.G.S.S. zona 9.

## I. Aspectos éticos de la investigación.

El paciente no tendrá ningún riesgo de tipo físico o psicológico, que afecte su integridad personal, ya que se trabajará en base a expedientes clínicos.

## VII. RESULTADOS.

### DESCRIPCIÓN DEL MALTRATO FÍSICO EN NIÑOS Y NIÑAS MENORES DE 5 AÑOS ATENDIDOS EN EL I.G.S.S. ZONA 9 EN EL PERIODO COMPRENDIDO ENTRE 1,994 A 1,998.

#### CUADRO DE DATOS # 1.

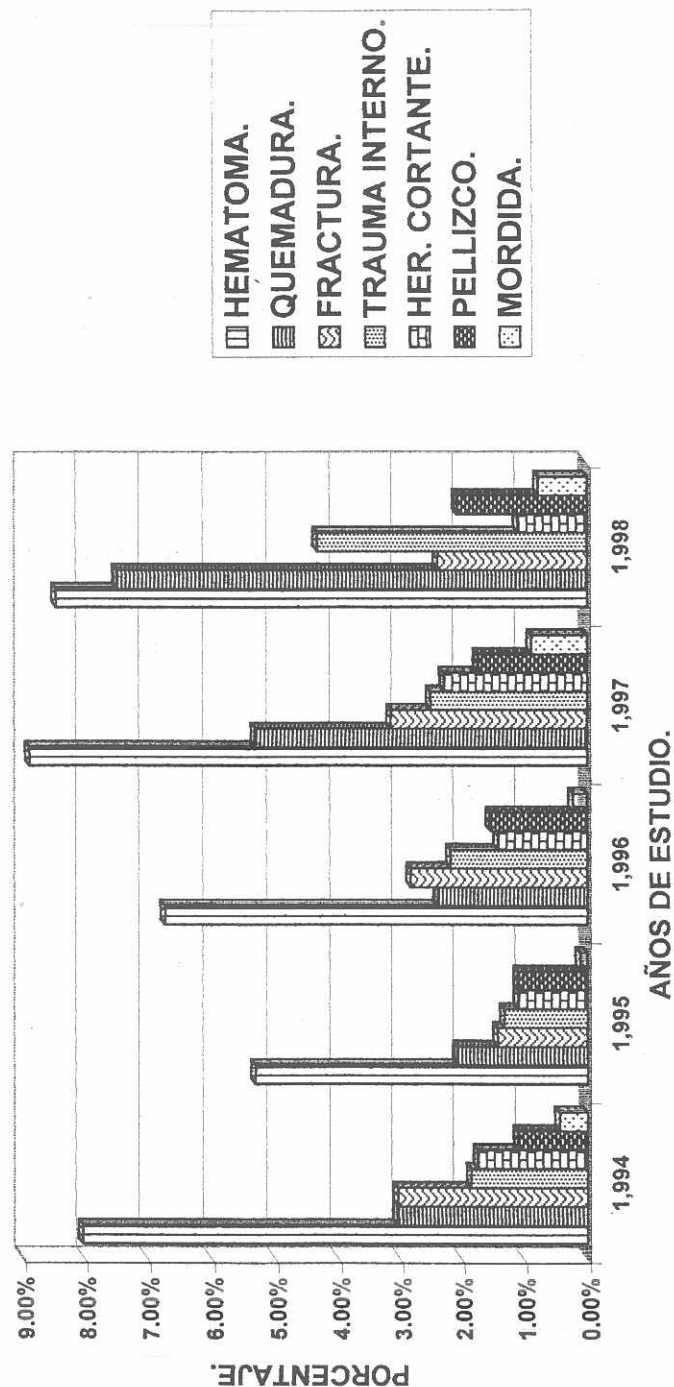
#### LESIONES FÍSICAS REPORTADAS POR AÑO.

Lesión.	1,994.		1,995.		1,996.		1,997.		1,998.		Total por periodo.	
	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%
Hematoma.	74	8.02	49	5.31	62	6.72	82	8.88	78	8.45	345	37.38
Quemadura	28	3.03	19	2.06	22	2.38	49	5.31	69	7.48	187	20.26
Fractura.	28	3.03	13	1.41	26	2.82	29	3.14	22	2.38	118	12.78
Trauma interno.	17	1.84	12	1.30	20	2.17	23	2.49	40	4.33	112	12.13
Herida cortante.	16	1.73	10	1.08	13	1.40	21	2.28	10	1.08	70	7.59
Pellizco.	10	1.08	10	1.08	14	1.52	16	1.73	19	2.06	69	7.48
Mordida.	4	0.43	1	0.11	2	0.22	8	0.87	7	0.76	22	2.38
Total por año.	177	19.18	114	12.35	159	17.23	228	24.70	245	26.54	923	100.00

Fuente: boletas de recolección de datos.

GRAFICA #1. DESCRIPCIÓN DEL MALTRATO FÍSICO EN NIÑOS Y NIÑAS MENORES DE 5 AÑOS ATENDIDOS EN EL I.G.S.S. ZONA 9 EN EL PERIODO DE 1,994 A 1,998.

LESIONES FÍSICAS REPORTADAS POR AÑO.



FUENTE: BOLETAS DE RECOLECCIÓN DE DATOS.

Análisis: la incidencia de lesiones físicas ha ido en aumento constante como lo muestra el estudio. Una de las posibles razones quizá sea el adecuado registro que se le esta dando.

Los hematomas prevalecen y mantiene su incidencia como la primera lesión encontrada en los niños con maltrato físico, las quemaduras son preocupantes por el ascenso que se está presentado. Las fracturas se han mantenido como tercera causa, con una misma incidencia. Seguidamente encontramos los traumas internos, heridas cortantes, pellizcos y en último lugar las mordidas.

DESCRIPCION DEL MALTRATO FÍSICO EN NIÑOS Y NIÑAS MENORES DE 5 AÑOS ATENDIDOS EN EL I.G.S.S. ZONA 9 EN EL PERIODO COMPRENDIDO ENTRE 1,994 A 1,998.

CUADRO DE DATOS # 1.1.

LESIONES FÍSICAS POR REGIÓN ANATÓMICA AFECTADA, EN EL AÑO DE 1,994. (108 Pacientes).

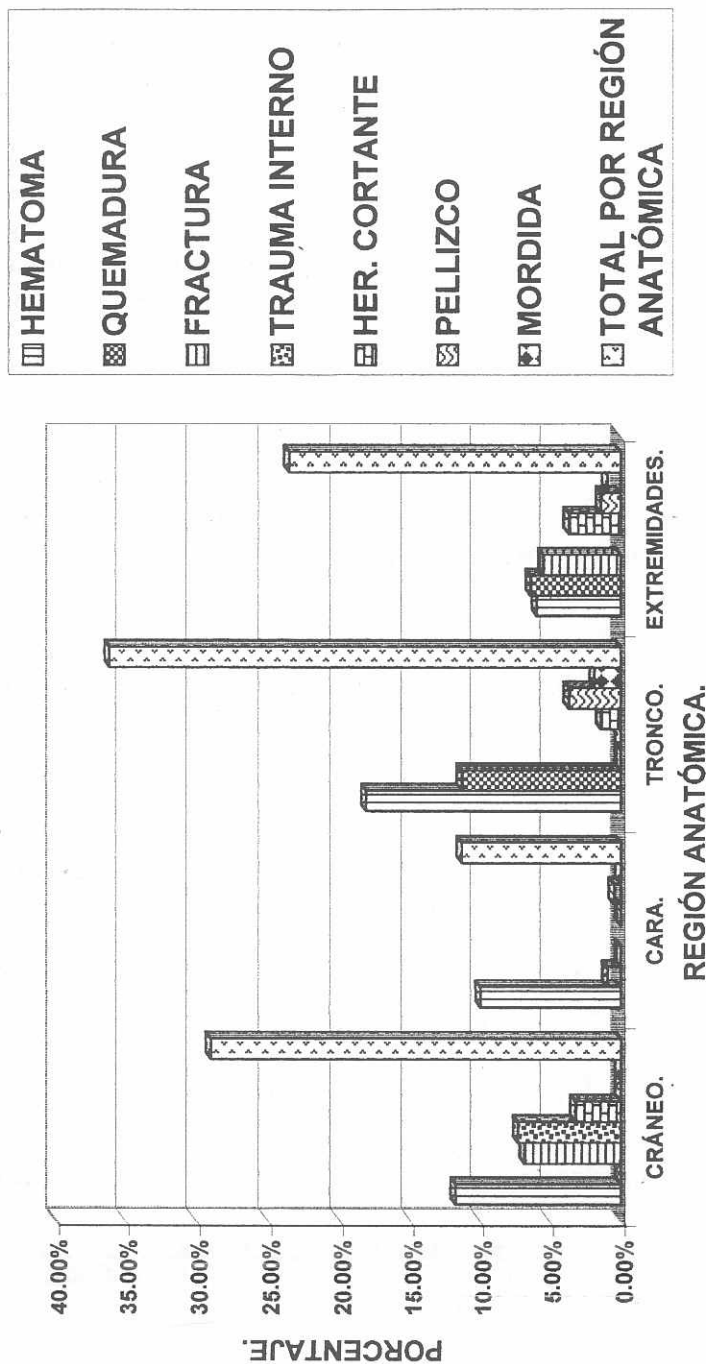
Tipo de lesiones.	Cráneo.		Cara.		Tronco.		Extremida des.		Total.	
	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%
Hematoma.	26	11.76	22	9.95	40	18.11	13	5.88	101	45.70
Quemadura.	0	0.0	2	0.91	25	11.31	14	6.33	41	18.55
Fractura.	15	6.79	0	0.0	0	0.0	12	5.43	27	12.22
Trauma interno.	16	7.24	--		0	0.0	--		16	7.24
Herida cortante.	7	3.17	0	0.0	3	1.35	8	3.62	18	8.14
Pellizco.	0	0.0	1	0.45	8	3.62	3	1.36	12	5.42
Mordida.	0	0.0	0	0.0	4	1.81	2	0.91	6	2.72
Total (región anatómica afectada).	64	28.96	25	11.31	80	36.11	52	23.53	221	100.00

Nota: los pacientes presentaban más de un tipo de lesión física.  
Fuente: boletas de recolección de datos.



GRAFICA #1.1.- DESCRIPCIÓN DEL MALTRATO FÍSICO EN NIÑOS Y NIÑAS MENORES DE 5 AÑOS ATENDIDOS EN EL I.G.S.S. ZONA 9 EN EL PERIODO DE 1,994 A 1,998.

LESIONES FÍSICAS POR REGIÓN ANATÓMICA AFECTADA EN EL AÑO DE 1,994.



FUENTE: BOLETAS DE RECOLECCIÓN DE DATOS.

Análisis: en este año (1,994) se reporta, que la primera región anatómica afectada es el tronco con una incidencia alta en comparación con las demás regiones estudiadas, seguido por el cráneo, extremidades y por último la cara. Es preocupante que el tronco sea causa de maltrato físico ya que éste contiene órganos internos frágiles.

Las extremidades presentan hematoma, quemaduras y fracturas lo cual puede ser hasta causa de imposibilitar la movilización de los niños por sus propios medios.

DESCRIPCION DEL MALTRATO FÍSICO EN NIÑOS Y NIÑAS MENORES DE 5 AÑOS ATENDIDOS EN EL I.G.S.S. ZONA 9 EN EL PERIODO DE 1994 A 1998.

CUADRO DE DATOS #1.2.

LESIONES FÍSICAS POR REGIÓN ANATÓMICA AFECTADA, EN EL AÑO DE 1,995 (72 Pacientes).

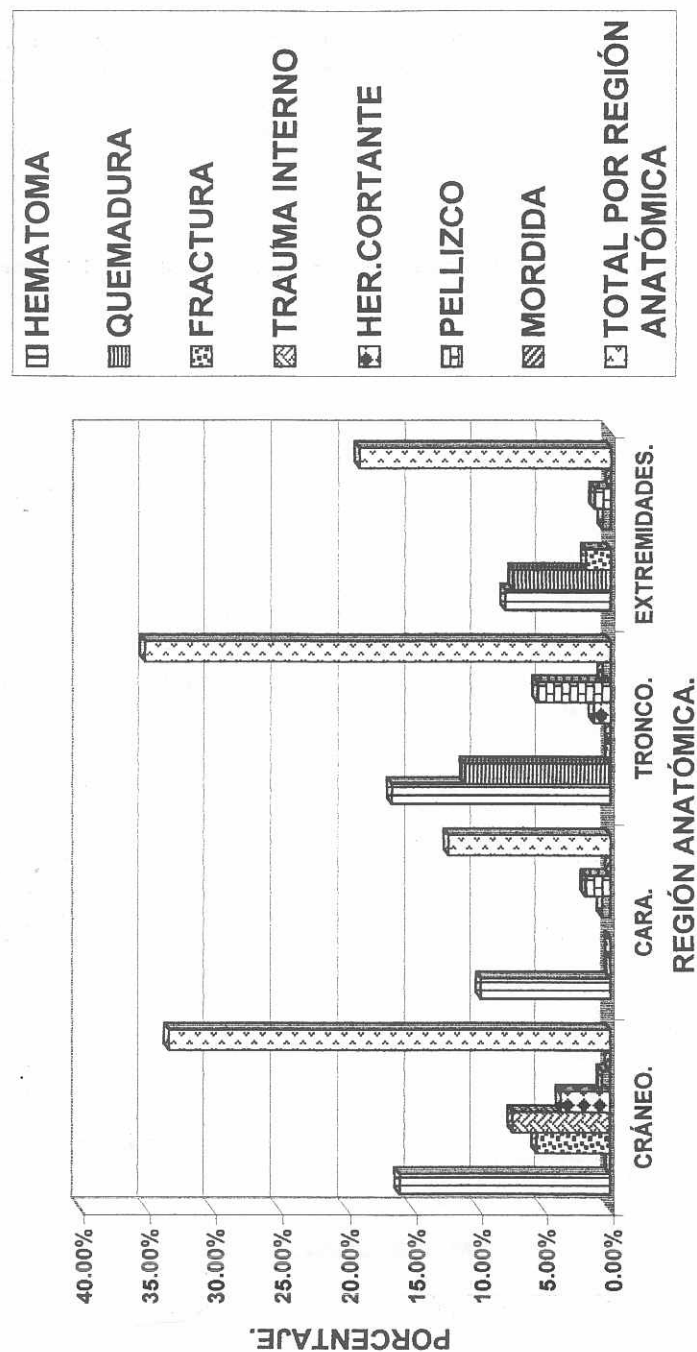
Tipo de lesiones.	Cráneo.		Cara.		Tronco.		Extremidades.		Total.	
	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%
Hematoma.	26	16.05	16	9.88	27	16.67	13	8.02	82	50.62
Quemadura.	0	0.0	0	0.0	18	11.11	12	7.41	30	18.52
Fractura	9	5.55	0	0.0	0	0.0	3	1.85	12	7.41
Trauma interno.	12	7.41	--		0	0.0	--		12	7.41
Herida cortante.	6	3.70	1	0.62	2	1.23	1	0.62	10	6.17
Pellizco.	1	0.62	3	1.85	9	5.55	2	1.23	15	9.25
Mordida.	0	0.0	0	0.0	1	0.62	0	0.0	1	0.62
Total (región anatómica afectada).	54	33.33	20	12.35	57	35.18	31	19.14	162	100.00

Nota: los pacientes presentaban más de un tipo de lesión física.

Fuente: boletas de recolección de datos.

GRAFICA #1.2.- DESCRIPCIÓN DEL MALTRATO FÍSICO EN NIÑOS Y NIÑAS MENORES DE 5 AÑOS ATENDIDOS EN EL I.G.S.S. ZONA 9 EN EL PERIODO DE 1,994 A 1,998.

LESIONES FÍSICAS POR REGIÓN ANATÓMICA AFECTADA EN EL AÑO DE 1,998.



FUENTE: BOLETAS DE RECOLECCIÓN DE DATOS.

Análisis: en este año (1,995) fue donde menos casos se reportaron de maltrato físico, demostrando que la primera región anatómica afectada es el tronco con una incidencia similar a la ocurrida en el cráneo, seguido por las extremidades y por último en la cara.

Es el segundo año consecutivo que el tronco ocupa el primer lugar en ser la región anatómica afectada por el maltrato físico, y también el cráneo sigue siendo la segunda región afectada, principalmente por los traumas de cráneo.

### DESCRIPCIÓN DEL MALTRATO FÍSICO EN NIÑOS Y NIÑAS MENORES DE 5 AÑOS ATENDIDOS EN EL I.G.S.S. ZONA 9 EN EL PERIODO DE 1,994 A 1,998.

CUADRO DE DATOS #1.3.

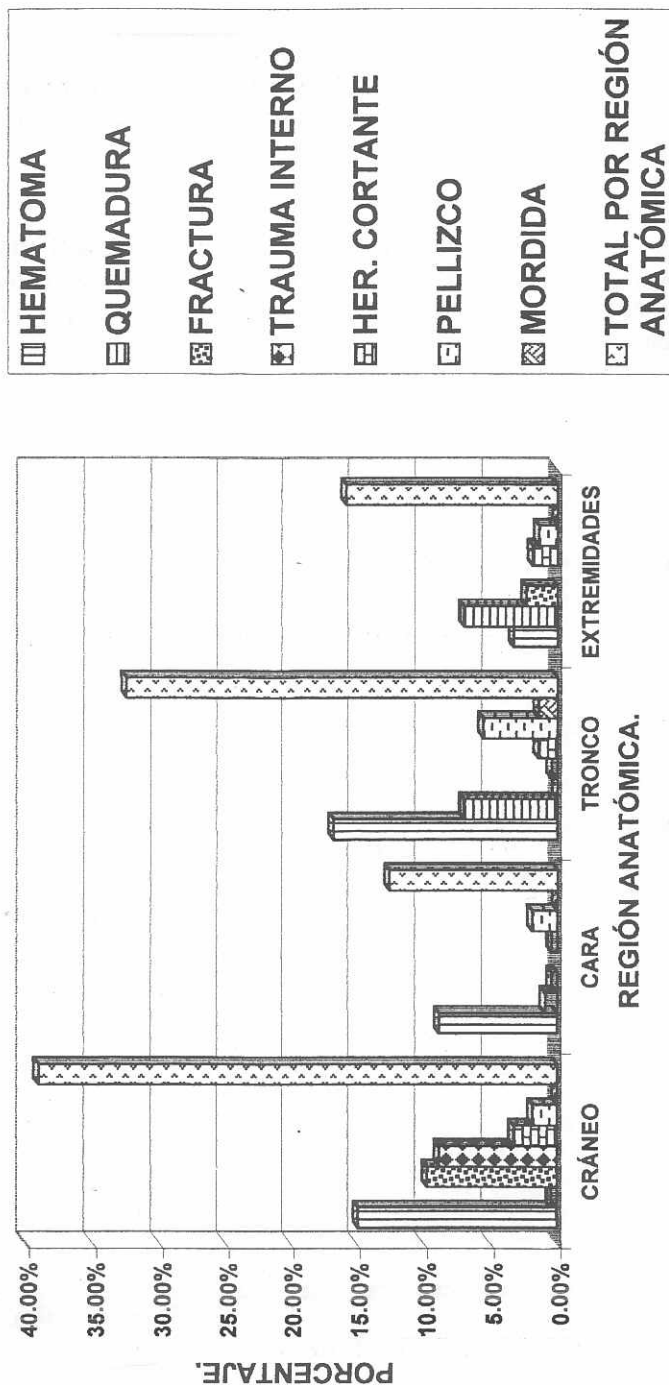
LESIONES FÍSICAS POR REGIÓN ANATÓMICA AFECTADA, EN EL AÑO DE 1,996 (90 pacientes).

Tipo de lesiones.	Cráneo.		Cara.		Tronco.		Extremidades.		Total.	
	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%
Hematoma.	32	14.89	19	8.84	36	16.74	7	3.25	94	43.72
Quemadura.	1	0.47	2	0.93	15	6.98	15	6.98	33	15.35
Fractura.	21	9.76	1	0.47	0	0.0	5	2.33	27	12.56
Trauma interno.	19	8.83	--	--	1	0.47	--	--	20	9.30
Herida cortante.	7	3.26	1	0.47	3	1.39	4	1.86	15	6.98
Pellizco.	4	1.86	4	1.86	12	5.58	3	1.39	23	10.70
Mordida.	0	0.0	0	0.0	3	1.39	0	0.0	3	1.39
Total (región anatómica afectada).	84	39.07	27	12.56	70	32.56	34	15.81	215	100.00

Nota: los pacientes presentaban más de un tipo de lesión física.  
Fuente: boletas de recolección de datos.

**GRAFICA #1.3.- DESCRIPCIÓN DEL MALTRATO FÍSICO EN NIÑOS Y NIÑAS MENORES DE 5 AÑOS ATENDIDOS EN EL I.G.S.S. ZONA 9 EN EL PERIODO DE 1,994 A 1,998.**

**LESIONES FÍSICAS POR REGIÓN ANATÓMICA AFECTADA EN EL AÑO DE 1,996.**



**FUENTE: BOLETAS DE RECOLECCIÓN DE DATOS.**

Análisis: en este año (1,996) se reportó, que la primera región anatómica afectada es el cráneo, con una incidencia alta en comparación con las otras regiones anatómicas estudiadas, así como en los años anteriores.

Es en este año es donde empiezan a evidenciarse más casos de trauma de cráneo lo que es alarmante, ya que en los años siguientes sigue aumentando los casos, además de ser la primera causa de muerte en este estudio.

Las extremidades como región anatómica afectada se mantienen en tercer lugar. Reportando como primera lesión física las quemaduras, con un mayor número de casos en comparación a los hematomas, así como en las demás lesiones físicas estudiadas.

### DESCRIPCIÓN DEL MALTRATO FÍSICO EN NIÑOS Y NIÑAS MENORES DE 5 AÑOS ATENDIDOS EN EL I.G.S.S. ZONA 9 EN EL PERIODO COMPREDIDO ENTRE 1,994 A 1,998.

#### CUADRO DE DATOS #1.4.

**LESIONES FÍSICAS POR REGIÓN ANATÓMICA AFECTADA, EN EL AÑO DE 1,997 (140 pacientes).**

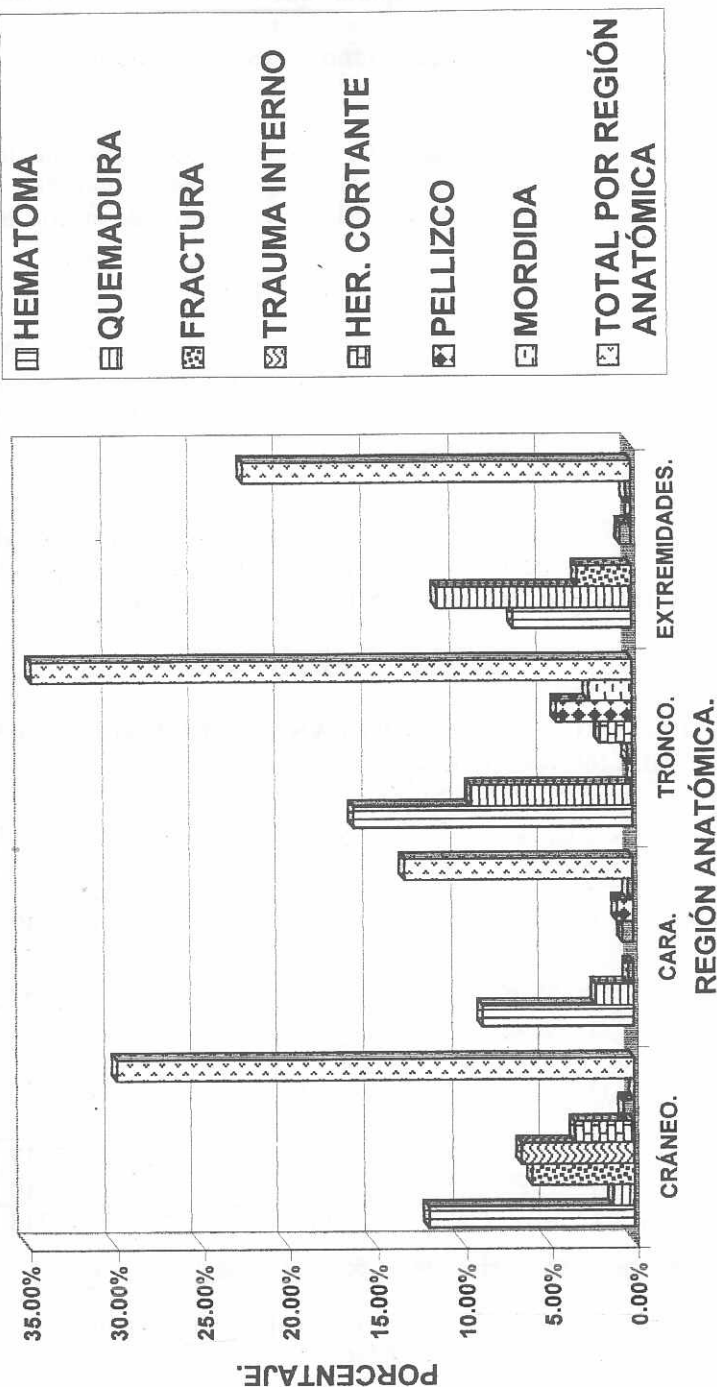
Tipos de lesiones.	Cráneo.		Cara.		Tronco.		Extremidades.		Total.	
	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%
Hematoma	38	11.94	28	8.81	51	16.04	22	6.92	139	43.71
Quemadura.	4	1.26	7	2.20	30	9.43	36	11.32	77	24.21
Fractura.	19	5.98	1	0.31	0	0.0	10	3.14	30	9.43
Trauma interno	21	6.60	--		1	0.31	--		22	6.92
Herida cortante.	11	3.46	2	0.63	6	1.89	2	0.63	21	6.61
Pellizco.	2	0.63	3	0.94	14	4.40	0	0.0	19	5.97
Mordida.	0	0.0	1	0.31	8	2.52	1	0.31	10	3.14
Total (región anatómica afectada).	95	29.87	42	13.21	110	34.59	71	22.33	318	100.00

Nota: los pacientes presentaban más de un tipo de lesión física.

Fuente: boletas de recolección de datos.

GRAFICA #1.4.- DESCRIPCIÓN DEL MALTRATO FÍSICO EN NIÑOS Y NIÑAS MENORES DE 5 AÑOS ATENDIDOS EN EL I.G.S.S. ZONA 9 EN EL PERIODO DE 1,994 A 1,998.

LESIONES FÍSICAS POR REGIÓN ANATÓMICA AFECTADA EN EL AÑO DE 1,998.



FUENTE: BOLETAS DE RECOLECCIÓN DE DATOS.

Análisis: en este año (1,997) se reportó un aumento en los casos de maltrato físico en comparación a los años anteriores, debido a que se empieza a tomar más preocupación por los casos Maltrato Infantil y su registro a través del Comité.

La primera región anatómica afectada nuevamente es el tronco, seguido por las lesiones en cráneo en segundo lugar y con un aumento en la incidencia de trauma de cráneo, similar a las fracturas de cráneo.

Las extremidades siguen en tercer lugar pero con un mayor número de casos, así como las lesiones en cara se encuentren en último lugar pero también siguen aumentando el número de casos.

#### DESCRIPCIÓN DEL MALTRATO FÍSICO EN NIÑOS Y NIÑAS MENORES DE 5 AÑOS ATENDIDOS EN EL I.G.S.S. ZONA 9 EN EL PERIODO DE 1,994 A 1,998.

##### CUADRO DE DATOS #1.5.

#### LESIONES FÍSICAS POR REGIÓN ANATÓMICA AFECTADA, EN EL AÑO DE 1,998 (196 pacientes).

Tipo de lesiones.	Cráneo.		Cara.		Tronco.		Extremida des.		Total.	
	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%
Hematoma.	28	8.69	18	5.59	40	12.42	37	11.49	123	38.20
Quemadura.	3	0.93	24	7.45	30	9.32	35	10.87	92	28.57
Fractura.	10	3.11	0	0.0	2	0.62	17	5.28	29	9.01
Trauma interno.	41	12.73	--		4	1.24	--		45	13.98
Herida cortante.	4	1.24	0	0.0	2	0.62	2	0.62	8	2.48
Pellizco.	0	0.0	0	0.0	9	2.79	11	3.42	20	6.21
Mordida.	0	0.0	0	0.0	2	0.62	3	0.93	5	1.55
Total (región anatómica afectada).	86	26.71	42	13.4	89	27.64	105	32.61	322	100.00

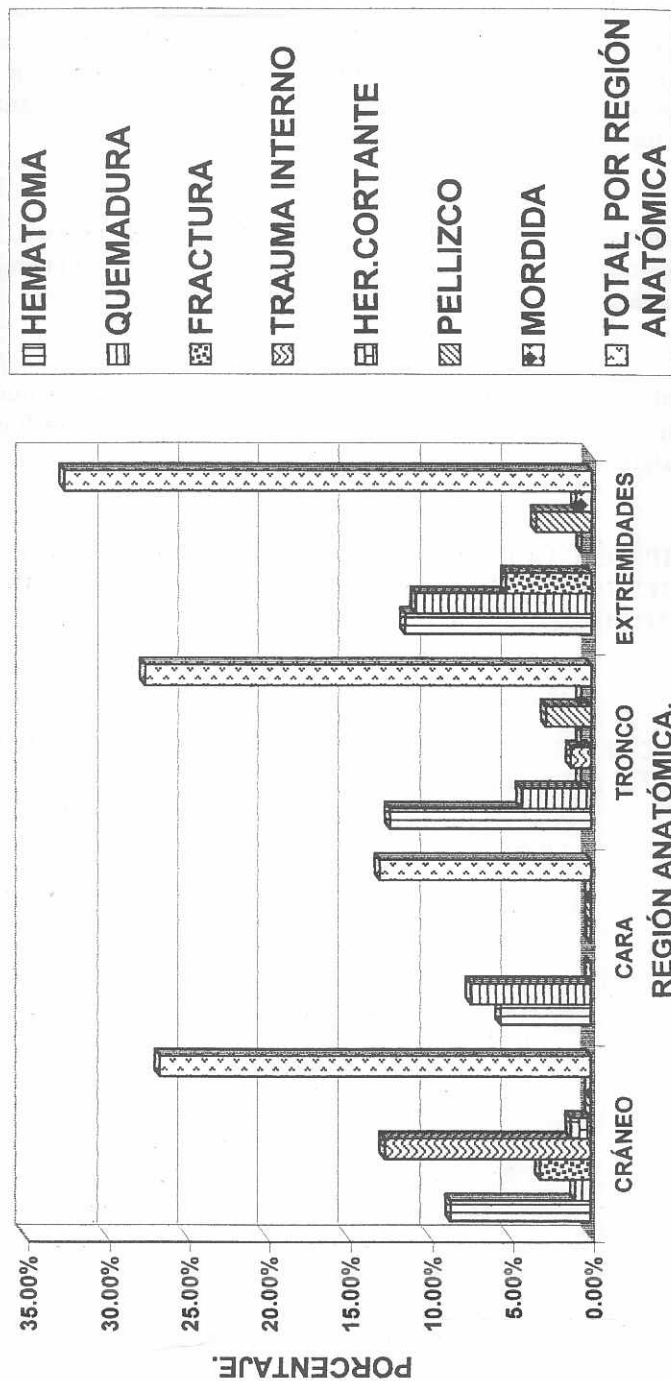
Nota: los pacientes presentaban más de un tipo de lesión física.

Fuente: boletas de recolección de datos.



GRAFICA #1.5.- DESCRIPCIÓN DEL MALTRATO FÍSICO EN NIÑOS Y NIÑAS MENORES DE 5 AÑOS ATENDIDOS EN EL I.G.S.S. ZONA 9 EN EL PERIODO DE 1,994 A 1,998.

LESIONES FÍSICAS POR REGIÓN ANATÓMICA AFECTADA EN EL AÑO DE 1,998.



FUENTE: BOLETAS DE RECOLECCIÓN DE DATOS.

Análisis: en este año (1,998) se reporta la mayor cantidad de maltratos físicos, con una incidencia también mayor en cada una de las regiones anatómicas estudiadas.

Reportando a las extremidades como las más afectadas, con una incidencia alta en comparación a los cuatro años anteriores.

En segundo lugar encontramos que las lesiones en cráneo se mantienen en aumento. En tercer lugar están las lesiones en tronco con un aumento de los traumas de internos de órganos principalmente el hígado. Y en último lugar siguen las lesiones en cara con hematomas principalmente.

DESCRIPCIÓN DEL MALTRATO FÍSICO EN NIÑO Y NIÑAS MENORES DE 5 AÑOS ATENDIDOS EN EL I.G.S.S. ZONA 9 EN EL PERIODO DE 1,994 A 1,998.

CUADRO DE DATOS #2.

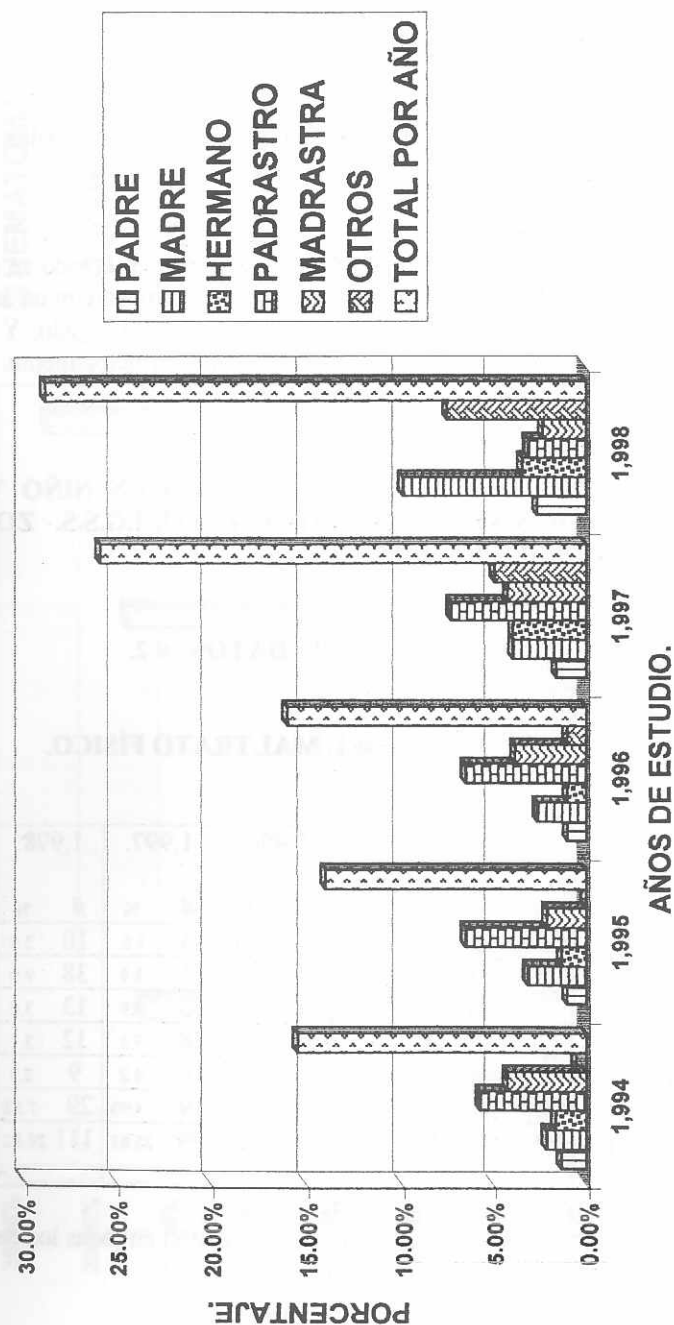
AGRESORES DEL MALTRATO FÍSICO.

Agresor.	1,994.		1,995.		1,996.		1,997.		1,998.		Total por periodo.	
	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%
Padre.	5	1.3	4	1.0	4	1.0	6	1.6	10	2.6	29	7.5
Madre.	8	2.1	12	3.1	10	2.6	15	3.9	38	9.9	83	21.6
Hermano.	6	1.6	5	1.3	4	1.0	15	3.9	13	3.4	43	11.2
Padrastra.	22	5.7	25	6.5	25	6.5	28	7.3	12	3.1	112	29.1
Madrastra.	16	4.2	8	2.1	15	3.8	16	4.2	9	2.3	64	16.6
Otros.	2	0.52	0	0.0	4	1.0	19	4.93	29	7.52	54	14.0
Total por año.	59	15.42	54	14.0	62	15.9	99	25.83	111	28.82	385	100.0

Nota: no se encontró el responsable de la agresión en todos los casos.  
Fuente: boletas de recolección de datos.

GRAFICA #2. DESCRIPCIÓN DEL MALTRATO FÍSICO EN NIÑOS Y NIÑAS MENORES DE 5 AÑOS ATENDIDOS EN EL I.G.S.S. ZONA 9 EN EL PERIODO DE 1,994 A 1,998.

AGRESORES DEL MALTRATO FÍSICO.



FUENTE: BOLETAS DE RECOLECCIÓN DE DATOS.

Análisis: se encontró que el principal agresor en el periodo de estudio es el padrastro con una incidencia constante en los primeros cuatro años.

En el último año del estudio es la madre quien más agrede al niño. Además de ser ella quien ocupa el segundo lugar en todo el periodo del estudio, lo cual es alarmante ya que la incidencia tiende a aumentar.

En tercer lugar se encontró a la madrastra, seguido por los hermanos del agredido y por último el padre es quien menos ha agredido en todo el periodo del estudio.

Dentro de otros, se encontró: la niñera, abuelos, tíos y vecinos lo cual se están presentando en aumento en los últimos dos años del estudio.

DESCRIPCIÓN DEL MALTRATO FÍSICO EN NIÑOS Y NIÑAS MENORES DE 5 AÑOS ATENDIDOS EN EL I.G.S.S. ZONA 9 EN EL PERIODO DE 1,994 A 1,998.

CUADRO DE DATOS #3.

EDADES.

Edad.	1,994.		1,995.		1,996.		1,997.		1,998.		Total por periodo.	
	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%
0 *â **< 1 â	2	0.33	1	0.17	6	0.99	4	0.66	25	4.14	38	6.3
1 â < 2 â	23	3.79	12	1.97	26	4.28	41	6.75	63	10.38	165	27.2
2 â < 3 â	30	4.95	16	2.64	22	3.63	46	7.59	35	5.77	149	24.6
3 â < 4 â	36	5.93	21	3.46	24	3.95	29	4.77	32	5.27	142	23.4
4 â < 5 â	17	2.81	22	3.63	12	1.98	20	3.31	41	6.77	112	18.5
Total por año.	108	17.81	72	11.87	90	14.83	140	23.08	196	32.33	606	100.00

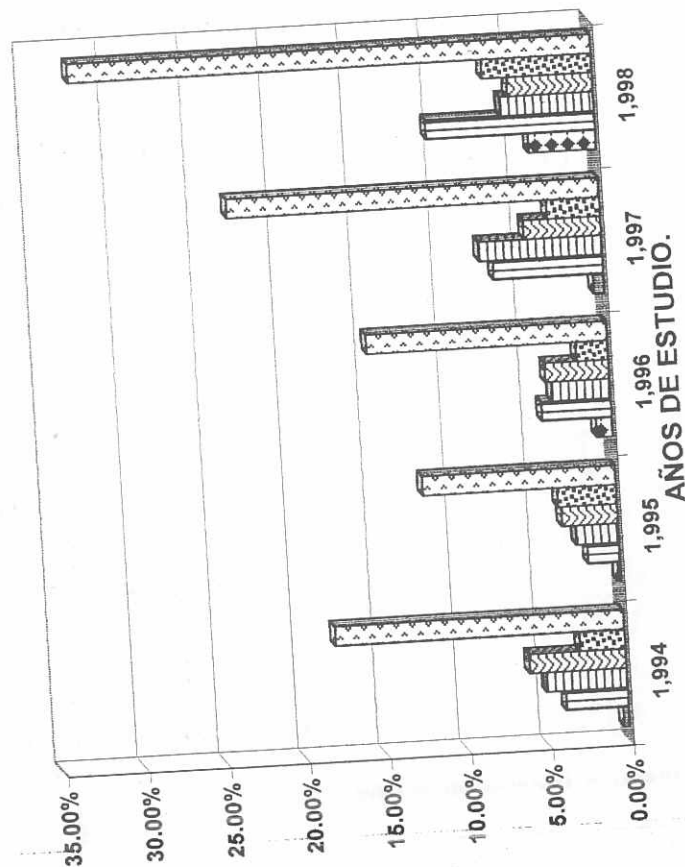
Fuente: boletas de recolección de datos.

\*â = años.

\*\*< = menor que.

GRAFICA #3. DESCRIPCIÓN DEL MALTRATO FÍSICO EN NIÑOS Y NIÑAS MENORES DE 5 AÑOS ATENDIDOS EN EL I.G.S.S. ZONA 9 EN EL PERIODO DE 1,994 A 1,998.

EDADES.



FUENTE: BOLETAS DE RECOLECCIÓN DE DATOS.

Análisis: todas las edades presentan un alto número de casos de maltrato físico, excepto los niños y niñas menores de un año.

La edad encontrada como la más agredida son los niños y niñas de un año a menos de dos años, posiblemente se deba a que los niños a esta edad empiezan a gatear y a dar sus primeros pasos por lo que son curiosos e inquietos, haciendo cosas que a los padres les moleste.

Luego en segundo lugar tenemos a los niños y niñas de dos años a menores de tres años, seguido por los de tres años a menores de cuatro, y por último los de cuatro a menores de cinco años, demostrando que el niño conforme crece física é intelectualmente se comporta de la forma que los padres lo eduquen, disminuyendo el maltrato físico en ellos.

### DESCRIPCIÓN DEL MALTRATO FÍSICO EN NIÑOS Y NIÑAS MENORES DE 5 AÑOS ATENDIDOS EN EL I.G.S.S. ZONA 9 EN EL PERIODO DE 1,994 A 1,998.

#### CUADRO DE DATOS # 4.

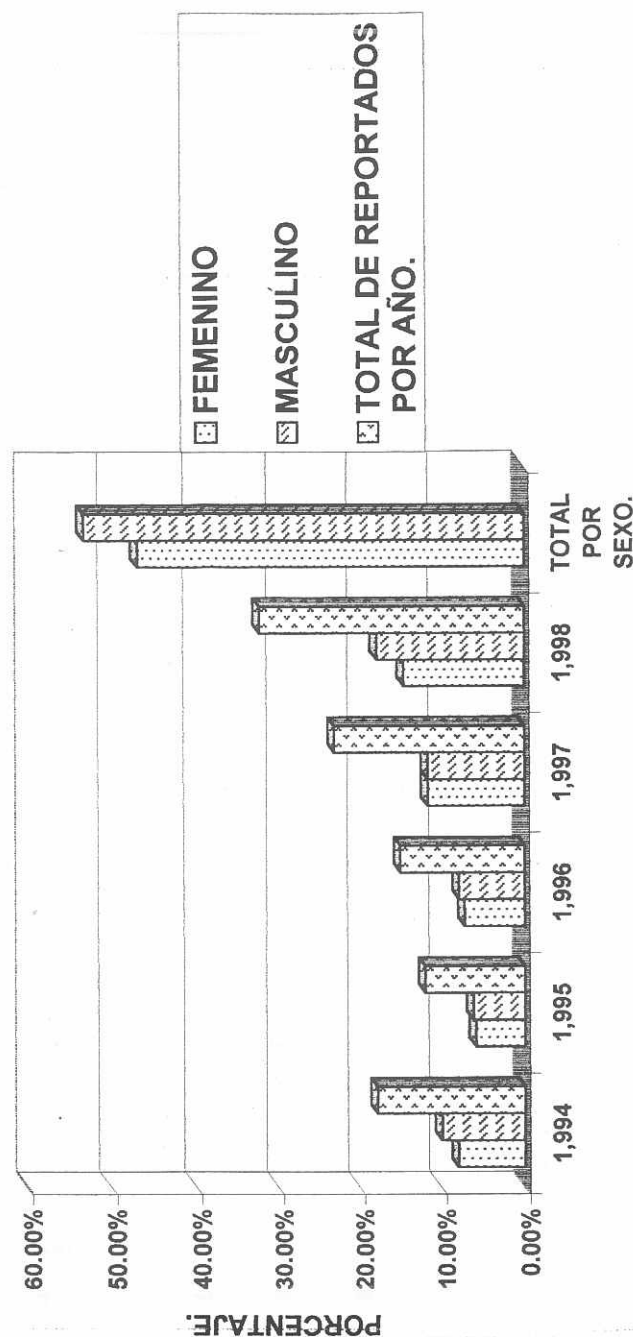
#### EL SEXO MÁS MALTRATADO.

Año.	Femenino.		Masculino.		Total de sexo por año.	
	#	%	#	%	#	%
1,994.	48	7.9	60	9.9	108	17.8
1,995.	35	5.8	37	6.1	72	11.9
1,996.	43	7.1	47	7.8	90	14.9
1,997.	70	11.55	70	11.55	140	23.1
1,998.	88	14.5	108	17.8	196	32.3
Total de sexo por periodo.	284	46.85	322	53.15	606	100.00

Fuente: boletas de recolección de datos.

**GRAFICA #4. DESCRIPCIÓN DEL MALTRATO FÍSICO EN NIÑOS Y NIÑAS MENORES DE 5 AÑOS ATENDIDOS EN EL I.G.S.S. ZONA 9 EN EL PERIODO DE 1,994 A 1,998.**

**EL SEXO MÁS MALTRATADO.**



**AÑOS DE ESTUDIO.**

**FUENTE: BOLETAS DE RECOLECCIÓN DE DATOS.**

Análisis: ambos sexos han sido maltratados físicamente en cada uno de los años del estudio.

El sexo más agredido es el masculino en todo el periodo del estudio, posiblemente por la cultura machista que prevalece en nuestro medio así como a la única forma de disciplina que conocen los padres.

**DESCRIPCIÓN DEL MALTRATO FÍSICO EN NIÑOS Y NIÑAS MENORES DE 5 AÑOS ATENDIDOS EN EL I.G.S.S. ZONA 9 EN EL PERIODO DE 1,994 A 1,998.**

**CUADRO DE DATOS #5.**

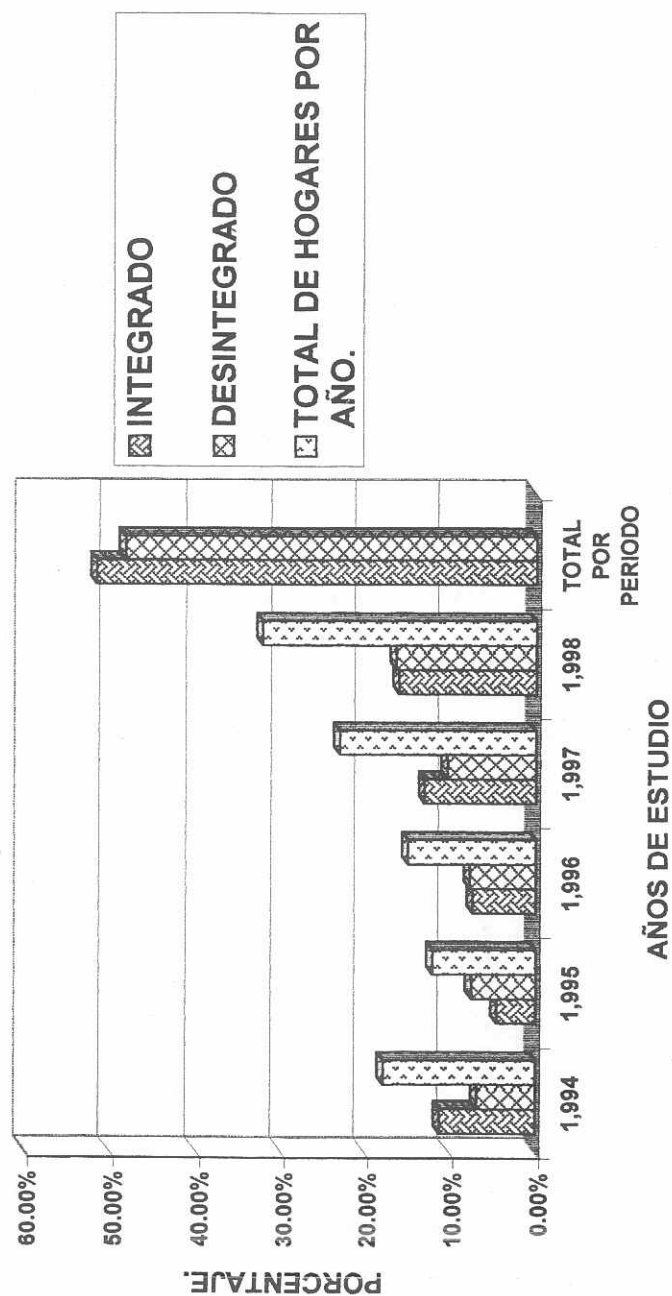
**TIPO DE HOGAR AL QUE PERTENECEN LOS NIÑOS MALTRATADOS.**

Año.	Integrado.		Desintegrado.		Total de hogares por año.	
	#	%	#	%	#	%
1,994.	67	11.06	41	6.76	108	17.8
1,995.	27	4.46	45	7.43	72	11.9
1,996.	44	7.26	46	7.59	90	14.9
1,997.	78	12.87	62	10.23	140	23.1
1,998.	97	16.00	99	16.34	196	32.3
Total de hogares por periodo.	313	51.65	293	48.35	606	100.00

Fuete: boletas de recolección de datos.

GRAFICA #5. DESCRIPCIÓN DEL MALTRATO FÍSICO EN NIÑOS Y NIÑAS MENORES DE 5 AÑOS ATENDIDOS EN EL I.G.S.S. ZONA 9 EN EL PERIODO DE 1,994 A 1,998.

TIPO DE HOGAR AL QUE PERTENECEN LOS NIÑOS MALTRATADOS.



FUENTE: BOLETAS DE RECOLECCIÓN DE DATOS.

Análisis: el tipo de hogar más afectado en este estudio es el integrado, sin embargo el diseño de este estudio no permite aseverar que esta sea una situación verdadera.

DESCRIPCIÓN DEL MALTRATO FÍSICO EN NIÑOS Y NIÑAS MENORES DE 5 AÑOS ATENDIDOS EN EL I.G.S.S. ZONA 9 EN EL PERIODO DE 1,994 A 1,998.

CUADRO DE DATOS # 6.

FORMA U OBJETO DE AGRESIÓN.

Forma u objeto de agresión.	1,994. # %	1,995. # %	1,996. # %	1,997. # %	1,998. # %	Total por periodo. # %
Inmersión	10 2.87	11 3.16	10 2.87	33 9.47	48 13.79	112 32.18
Mano ó pie.	15 4.31	20 5.75	16 4.60	30 8.62	10 2.87	91 26.15
Palo.	6 1.72	6 1.72	11 3.16	14 4.02	5 1.44	42 12.07
Cincho.	8 2.30	6 1.72	9 2.59	7 2.01	10 2.87	40 11.49
Plancha	10 2.87	6 1.72	5 1.44	9 2.59	9 2.59	39 11.21
Cigarro.	6 1.72	2 0.57	4 1.14	2 0.57	2 0.57	16 4.60
Estufa.	2 0.57	2 0.57	1 0.29	1 0.29	1 0.29	7 2.01
Lazo.	0 0.0	0 0.0	0 0.0	1 0.29	0 0.0	1 0.29
Total por año.	57 16.38	53 15.23	56 16.09	97 27.87	85 24.42	348 100.00

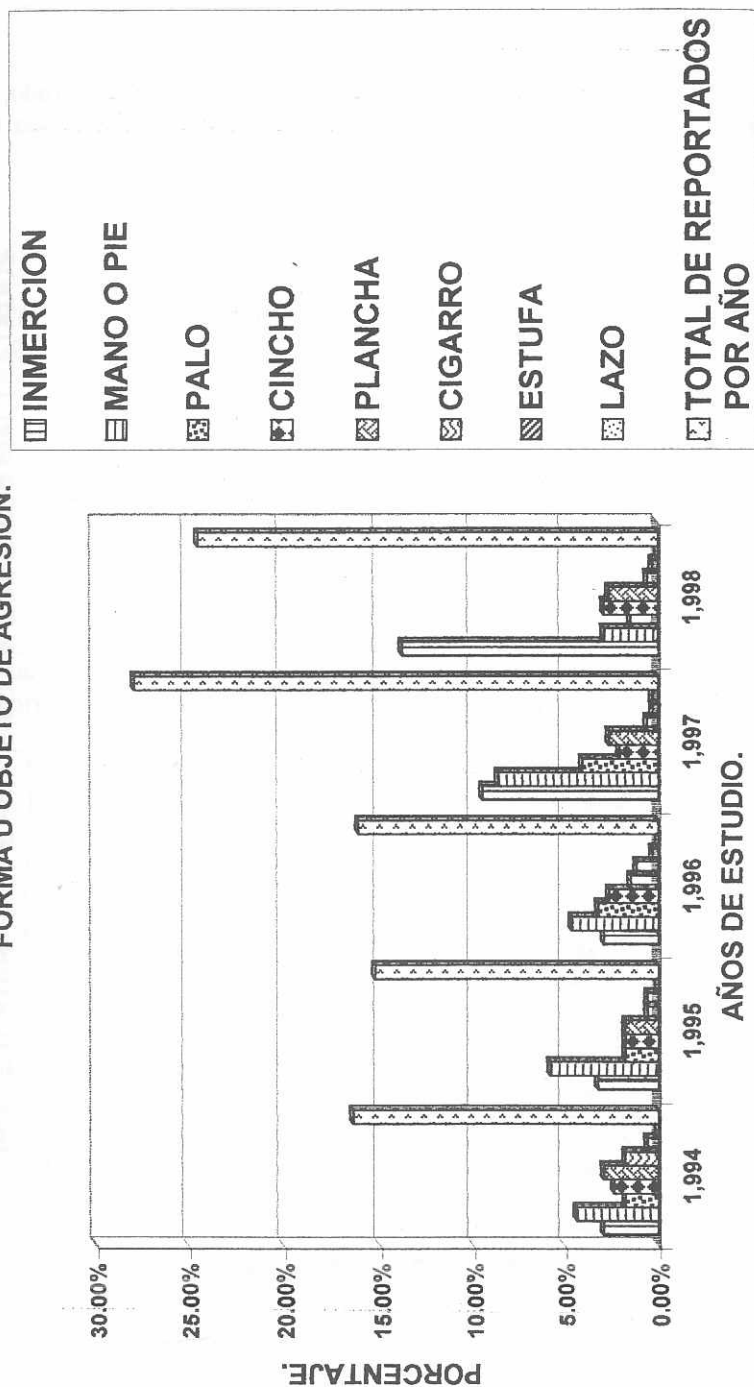
Nota: no todas las historias clínicas presentaban la forma u objeto de agresión.

Fuente: boletas de recolección de datos.



GRAFICA #6. DESCRIPCIÓN DEL MALTRATO FÍSICO EN NIÑOS Y NIÑAS MENORES DE 5 AÑOS ATENDIDOS EN EL I.G.S.S. ZONA 9 EN EL PERIODO DE 1,994 A 1,998.

FORMA U OBJETO DE AGRESIÓN.



FUENTE: BOLETAS DE RECOLECCIÓN DE DATOS.

Análisis: la inmersión ocupa el primer lugar como forma de maltrato físico, el cual aumentó su incidencia en los dos últimos años del estudio. En segundo lugar están las lesiones provocadas por la mano ó pie provocando principalmente hematomas.

Luego encontramos el palo como forma de castigo, seguido por el cincho, la plancha, el cigarro, la estufa y por último el lazo.

DESCRIPCIÓN DEL MALTRATO FÍSICO EN NIÑOS Y NIÑAS MENORES DE 5 AÑOS ATENDIDOS EN EL I.G.S.S. ZONA 9 EN EL PERIODO DE 1,994 A 1,998.

CUADRO DE DATOS # 7.

DEFUNCIONES.

Lesión física.	1,994.	1,995.	1,996.	1,997.	1,998.	1,998.		
						Tipo de hogar.	Edad.	Sexo.
Trauma de cráneo.	0	0	0	0	2	Desinte grado # 2.	1) 2 â. 2) 4 â.	Mas. Fem.

Fuente: boletas de recolección de datos.

Análisis: en 1,998 se han reportado las únicas dos defunciones por trauma de cráneo, afectando a una niña de dos años y a un niño de cuatro años, ambos pertenecientes a hogares desintegrados.

Es importante evaluar adecuadamente las fracturas de cráneo ya que podrían presentar al mismo tiempo un trauma interno.

## VIII. CONCLUSIONES.

1. La principal lesión física encontrada en los casos de maltrato físico son los hematomas y la región anatómica de mayor incidencia es el tronco.
2. Las quemaduras con formas sospechosas de calcetín y guante, en regiones como genitales y glúteos, son los principales signos de maltrato físico en los niños y niñas.
3. Los traumas internos son la principal causa de mortalidad sobre todo el trauma de cráneo.
4. El principal agresor en el maltrato físico es el padrastro.
5. El grupo más afectado en el maltrato físico son los niños y niñas de un año a menores de dos años.
6. El sexo mayormente afectado es el masculino.
7. El hogar mayormente afectado son los hogares desintegrados.
8. La forma mayormente reportada es la inmersión.
9. El objeto más reportado es la mano ó el pie.

## IX. RECOMENDACIONES.

1. Estudiar profundamente los casos de pacientes, en que no se correlaciona la historia clínica referida por los padres o familiares con las lesiones físicas encontradas al examen clínico.
2. Iniciar el estudio de las quemaduras con formas sospechosas como calcetín y guante, ya que son los principales signos de maltrato físico.
3. Estudiar los traumas internos con la ayuda de radiografías ó Tomografía Axial Computarizada ya que de esta forma se detectarán tempranamente los traumas de cráneo y otras lesiones internas.
4. Evaluar a los pacientes pertenecientes a hogares desintegrados cuando se sospeche maltrato físico, ya que en estos hogares es donde se dan la mayor cantidad de maltratos.
5. Educar a los padres para que cambien en la conducta de disciplina hacia sus hijos.

## X. RESUMEN.

El presente estudio retrospectivo descriptivo sobre el maltrato físico se realizó con expedientes clínicos de niños y niñas menores de 5 años atendidos en el I.G.S.S. zona 9 en el periodo de 1994 a 1998.

Fueron estudiados 606 expedientes de pacientes con diagnóstico de maltrato físico, que fueron evaluados y tratados por el Comité de Maltrato Infantil del Hospital del I.G.S.S. zona 9.

Los principales resultados son: los hematomas predominaron en todos los años del estudio y con mayor incidencia en el tronco, seguido por las quemaduras en tronco (glúteos y genitales) y extremidades con formas inusuales (guante y calcetín). Las fracturas en tercer lugar, predominaron en los primeros cuatro años en cráneo, seguidas por las extremidades. Dentro de los traumas internos en quinto lugar, encontramos que se han dado en mayor incidencia en cráneo, además de ser la primera causa de muerte en este estudio. El agresor que más agrede es el padrastro.

Ambos sexos son agredidos, predominando en una pequeña cantidad el masculino. Y la edad más agredida está entre un año y los menores de dos años. Los menos agredidos son los menores de un año.

Las formas u objetos de agresión varían, predominando la inmersión, seguido por los golpes con la mano o pie por ser la forma que práctica muestra cultura en la disciplina de los niños.

Se recomienda estudiar adecuadamente los casos de los pacientes en que no se correlaciona la historia clínica referida por los padres o familiares con las lesiones físicas encontradas al examen físico.

## XI. BIBLIOGRAFIA.

- 1.- Comisión pro - convención sobre los derechos del niño. Informe sobre la situación de los derechos de los niños y adolescentes en Guatemala. 1,995. Guatemala C. A. 1,995.
- 2.- Comisión nacional contra el maltrato infantil. Maltrato infantil guía metodológica para la atención y prevención. Guatemala Ciudad, Junio 1,997.
- 3.- Código de la niñez y la juventud, Decreto # 78 - 96. Guatemala C.A. 1,998.
- 4.- Comisión nacional contra el maltrato infantil. Defensoría de la niñez manual para la detección de casos de maltrato a la niñez. Procuraduría de los derechos humanos Guatemala C.A. 1,996.
- 5.- CHILDHOPE Fundación Esperanza de los Niños. Manual sobre el abuso o maltrato infantil #4. Guatemala C.A. 1,995.
- 6.- Garavito Fernández, Marco A. Denuncias legales del maltrato infantil. Investigación # 6. Magna Terra 1,998.
- 7.- González F. Mirían J. Síndrome de maltrato en niños de la guardería Bethania Tesis (Médico y cirujano) USAC Facultad de Ciencias Médicas, Guatemala 1986.
- 8.- González Cena, Luis A. Maltrato en el niño indígena. Tesis (Médico y Cirujano). USAC Facultad de Ciencias Médicas, Guatemala 1,992.
- 10.- Hospital Infantil De México Federico Gómez. Urgencias en pediatría. Síndrome del niño maltratado. Editorial Interamericana, Cuarta Edición México 1,996.

11.- Hospital municipal de niños de Buenos Aires Ricardo Gutiérrez. Comité de maltrato infantil. Buenos Aires, Argentina. 1,986.

12.- Howar D. Carmen I. Maltrato infantil atención inicial guía para la detección y atención a niños, niñas y jóvenes víctimas del maltrato y abuso sexual. Agencia para el desarrollo internacional de los Estados Unidos bajo el proyecto de apoyo a los niños de la calle. Guatemala. 1,995

13.- Mejía Gutiérrez, María del Rosario. Tratamiento social en menores atendidos con sospecha de maltrato infantil. En el departamento de pediatría del Hospital General De Enfermedad Común del IGSS Tesis Lic. Trabajo Social. 1.993.

14.- Ministerio De Salud, Hospital General San Juan de Dios. Reglamentos del comité de prevención del maltrato en el niño. Guatemala Ciudad 1,996.

15.- Nelson B. Tratados de Pediatría; Maltrato infantil. 14 a. Edición Barcelona, Interamericana 1,992. Pp 92 – 99, Volumen 1.

16.- Osorio N. César Augusto. El niño maltratado. 2 da. Edición Editorial Trillas, México 1,989.

17.- Pinto de Sagastume, Varinia. Manual para el manejo del síndrome de maltrato infantil atención médico social. Agencia para el desarrollo internacional de los Estados Unidos bajo el proyecto de apoyo a los niños de la calle. Guatemala C.A. 1,998.

18.- PRONICE. Maltrato infantil y sus consecuencias psicobiosociales # 10; Guatemala C.A. abril – junio 1,996.

19.- PRONICE. Maltrato contra la niñez campaña contra el maltrato a niños y niñas. Guatemala C.A. noviembre 1,997.

20.- Ricoy Vásquez, Luis A. Abuso y explotación sexual en niñas y adolescentes. Tesis ( Médico y Cirujano ) USAC Facultad de Ciencias Médicas 1,990.

21.- Rodas Pineda, Belia Cota. Maltrato infantil un problema social. Escuela de trabajo social. USAC Guatemala, 1,994.

22.- Ruano F. Allan Jacobo. Maltrato infantil. Modulo ambulatorio programa materno infantil. Fase III USAC, Guatemala 1994.

23.- Zepeda Gaitán, Alejandro. Situación del maltrato infantil en Guatemala. Dirigida por la comisión nacional contra el maltrato infantil, Guatemala 1,997.

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA.  
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS.  
UNIDAD DE TESIS.

DESCRIPCIÓN DEL MALTRATO FÍSICO EN NIÑOS Y  
NIÑAS.

I.G.S.S PERÍODO 1,994 AL 1,998.

BOLETA DE RECOLECCION DE DATOS.

RESPONSABLE: MANUEL DE JESUS PÉREZ PÉREZ.

Edad: \_\_\_\_\_ Sexo: F M procedencia: \_\_\_\_\_

Fecha de agresión: \_\_\_\_\_

Hogar. Integrado: SI. NO. - Desintegrado: SI. NO.

**Agresor:**

Padre. \_\_\_\_\_

Padrastra. \_\_\_\_\_

Madre. \_\_\_\_\_

Madrastra. \_\_\_\_\_

Hermano (a). \_\_\_\_\_

Otros: \_\_\_\_\_

**Tipo de lesión:**

**Hematoma** en: cráneo \_\_\_\_\_ cara \_\_\_\_\_ tronco \_\_\_\_\_ extremidades S - I

**Fracturas** en: cráneo \_\_\_\_\_ cara \_\_\_\_\_ tronco \_\_\_\_\_ extremidades S - I

**Quemaduras** por:

Inmersión: \_\_\_\_\_ Plancha \_\_\_\_\_ Estufa \_\_\_\_\_ Cigarro \_\_\_\_\_

1 er. grado cráneo \_\_\_\_\_ cara \_\_\_\_\_ tronco \_\_\_\_\_ extremidades S - I

2 do. grado cráneo \_\_\_\_\_ cara \_\_\_\_\_ tronco \_\_\_\_\_ extremidades S - I

3 er. grado cráneo \_\_\_\_\_ cara \_\_\_\_\_ tronco \_\_\_\_\_ extremidades S - I

**Mordidas:** cráneo \_\_\_\_\_ cara \_\_\_\_\_ tronco \_\_\_\_\_ extremidades S - I

**Pellizcos:** cráneo \_\_\_\_\_ cara \_\_\_\_\_ tronco \_\_\_\_\_ extremidades S - I

**Her. Cortante:** cráneo \_\_\_\_\_ cara \_\_\_\_\_ tronco \_\_\_\_\_ extremidades S - I

1/2 = **Trauma interno** en: cráneo \_\_\_\_\_ tronco \_\_\_\_\_ (tórax ó abdomen)

**Objeto utilizado:** cincho \_\_\_\_\_ lazo \_\_\_\_\_ palo \_\_\_\_\_ mano ó pie \_\_\_\_\_

Otros: \_\_\_\_\_