

EL NIÑO MALTRATADO EN TLAXCALA: ESTUDIO DE CASOS

ADRIANA HERRADA-HUIDOBRO, M.C., ESP. EN S.P.,⁽¹⁾

AUSTREBERTA NAZAR-BEUTELSPACHER, M.C., M. EN C.,⁽²⁾

MIROSLAVA CASSABALL-NÚÑEZ, M.C.,⁽³⁾ ROXANA VEGA-RAMOS, M.C., M.S.P.,⁽⁴⁾

CARLOS BRAULIO NAVA-CRUZ, M.C., M.S.P.⁽⁵⁾

Herrada-Huidobro A, Nazar-Beutelspacher A,
Cassaball-Núñez M, Vega-Ramos R, Nava-Cruz CB.
El niño maltratado en Tlaxcala: estudio de casos.
Salud Publica Mex 1992;34:626-634.

RESUMEN

Se realizó un estudio descriptivo, longitudinal, retrospectivo, sobre el maltrato a menores, con base en la información consignada en expedientes clínicos de pacientes de cero a 14 años de edad, hospitalizados por lesiones y/o envenenamientos, abuso sexual y desnutrición de II o III grado, en las unidades médicas de la Secretaría de Salud del Estado de Tlaxcala, entre el 1o. de enero y el 30 de noviembre de 1991. Se establecieron criterios para definir cuatro tipos de maltrato: físico, abuso sexual, privación nutricional y maltrato mixto (maltrato físico y privación nutricional). Se utilizaron dos grupos control. La metodología empleada permitió establecer patrones diferenciales entre las lesiones y/o desnutrición de II o III grado, intencionales, y las presentadas por los grupos control. El presente estudio aporta información útil para el diagnóstico integral, en unidades hospitalarias, del niño maltratado.

Palabras clave: síndrome de maltrato, lesiones en niños

Herrada-Huidobro A, Nazar-Beutelspacher A,
Cassaball-Núñez M, Vega-Ramos R, Nava-Cruz CB.
Child abuse in Tlaxcala, Mexico: a case-control study.
Salud Publica Mex 1992;34:626-634.

ABSTRACT

A longitudinal, retrospective and descriptive study about child abuse was carried out in the Hospitals of the Tlaxcala Secretariat of Health, Mexico. The information was obtained from hospitalized children's charts between January first and November 30, 1991. The charts included were those belonging to zero to 14 year old children with injuries, poisoning, and II-III degrees of malnutrition. Four child-abuse criteria were established: physical, sexual, non organic malnutrition and mixed (physical and non organic malnutrition). Two control groups were defined. Different patterns were observed between accidental and non accidental injuries, malnutrition and poisoning among the case and the control groups. The study provides useful information for the integral diagnosis of child abuse in hospitalized children.

Key words: child abuse, children injuries

Solicitud de sobretiros: Dra. Adriana Herrada Huidobro, Coordinadora del Area de Investigación Médica, Departamento de Investigación Médica-Epidemiológica, Secretaría de Salud del Estado de Tlaxcala, Oficina Central, Guillermo Valle 64, 90000 Tlaxcala, Tlaxcala, México

(1) Coordinadora del Area de Investigación Médica, Secretaría de Salud del Estado de Tlaxcala, (SESA).

(2) Jefe del Departamento de Investigación Médica-Epidemiológica, (SESA).

(3) Coordinadora del Area de Investigación Epidemiológica, (SESA).

(4) Subdirectora de Epidemiología, (SESA).

(5) Secretario de Salud del Estado de Tlaxcala.

Fecha de recibido: 6 de marzo de 1992 Fecha de aprobado: 4 de septiembre de 1992

EL SÍNDROME DEL niño maltratado es, según la Organización Mundial de la Salud "toda forma de perjuicio o abuso físico o mental, descuido o trato negligente, malos tratos o explotación, incluido abuso sexual al niño por parte de sus padres, representantes legales o de cualquier otra persona que lo tenga a su cargo". Esta definición comprende elementos tanto de las esferas biológica y física, como de la psicosocial; sin embargo, en la práctica, el diagnóstico correcto de maltrato, sobre todo en casos que no comprenden lesiones físicas, es difícil. Los límites de lo que se considera maltrato aún no están bien establecidos, y la dificultad de definirlos estriba en el grado de permisibilidad social determinada por múltiples patrones de índole cultural e ideológica.^{1,2}

La escasez de información estadística y epidemiológica sobre el maltrato a menores refleja, por una parte, la falta de notificación y el temor médico ante las implicaciones legales que conlleva y, por otra, la dificultad de diagnosticar correctamente los casos, sobre todo aquéllos que no manifiestan lesiones físicas.

Tomando en consideración que el maltrato a menores puede expresarse en múltiples formas de severidad y consecuencias variables, se han realizado grandes esfuerzos por identificarlas y proponer criterios para su diagnóstico adecuado.^{3,5} Estos muestran un amplio alcance para diagnosticar lesiones físicas, pero no para otros tipos de maltrato como es el caso de la deprivación nutricional, los abusos y las negligencias. El físico es el tipo de maltrato que más se ha registrado⁶⁻¹³ y, según los autores, el diagnóstico debe sospecharse ante lesiones no explicadas o mal explicadas: determinadas contusiones, quemaduras y cicatrices que son patognomónicas, así como hematomas subdurales que no aparecen espontáneamente. Los hallazgos radiológicos de fracturas astilladas, o de múltiples lesiones óseas en diferentes estadios de curación que implican traumatismos de repetición, son típicos de maltrato. Dentro de las lesiones cutáneas, las características de intencionalidad tienen su localización, como partes altas de los brazos, tronco, parte anterior de la pierna, lados de la cara, orejas, cuello, genitales y nalgas. El tipo y la presencia de lesiones múltiples en edades diferentes, como las equimosis observadas en cara y nalgas, son extraordinariamente sospechosas; también el instrumento de lesión debe considerarse, ya que frecuentemente deja una señal delatora.¹⁴⁻¹⁶ Una medida adicional que ayuda a determinar el origen de las lesiones, es la observación de las

mismas durante la estancia hospitalaria. En el caso de las quemaduras su tipo y localización ayuda a distinguir entre las accidentales y las intencionales: las nalgas, el perineo, los genitales, las palmas de las manos y pies, así como las quemaduras con bordes netamente limitados, distribución en calcetín o guantes, espesor completo, formas simétricas, descuidadas, infectadas, sugieren intencionalidad.¹⁷⁻¹⁸ Para ahogamientos y envenenamientos, a pesar de que la mayoría de las veces son referidos como accidentales, se tiene una falta de atención en cuanto a la seguridad del niño. Tal descuido del papel de vigilancia, aunque no sea necesariamente un maltrato activo, se ha considerado como maltrato pasivo.¹⁹⁻²⁰

En los casos de abuso sexual, su diagnóstico se basa en la historia clínica y en el examen de los genitales.²¹⁻²²

Algunas formas de maltrato, como el abuso emocional en los niños, son muy difíciles de probar. El criterio para su diagnóstico es una severa psicopatología en el niño, generalmente diagnosticada por psiquiatras, acompañada de la negación reiterada de los padres para someter al niño a tratamiento.²³

Una de las formas de maltrato menos estudiada es el descuido o deprivación nutricional intencionada. Si bien se sabe que la carencia económica da cauce a numerosos problemas que se manifiestan en el maltrato social al menor y que es muy probable que sea la principal causa de ello, también es cierto que el maltrato, el abuso y la negligencia a menores tienen un componente psicológico importante que no debe ser considerado vagamente, pues darle alimento a los niños no solamente representa el acto nutricional, sino una entrega de la madre y, para los niños menores de un año, la expresión directa de la satisfacción de sus necesidades. Este tipo de maltrato ha sido considerado por algunos autores^{5,24-29} como la causa principal de desnutrición en niños.

Los criterios diagnósticos para mostrar la intencionalidad en el maltrato nutricional aún no se encuentran esclarecidos, pues la única forma de clasificación documentada son las desnutriciones en las que no existe falla orgánica que las explique.^{5,24-29} La falla orgánica asociada al desarrollo de la desnutrición incluye una amplia clasificación de padecimientos que comprende alteraciones metabólicas, mecánicas, fisiológicas, genéticas, endocrinológicas, infecciones y patologías del sistema respiratorio, cardiovascular, hematopoyético, urinario y nervioso, entre otros. El bajo peso al nacimiento, sin presencia de signos de prematurez, no se considera dentro

de esta clasificación. En estos casos, los autores sugieren que se defina la intencionalidad a través de un historial clínico.²⁴⁻²⁹

En lo que a atención médica se refiere, el grupo de menores de edad ocupa un lugar preponderante en daños a la salud provocados por lesiones de maltrato. Es por esto que los médicos deben ser capaces de reconocer a los niños maltratados y de confirmar el diagnóstico, siendo éste de primordial importancia en los primeros meses de vida, ya que un error en el diagnóstico aumenta enormemente el riesgo de muerte.

Se considera que los médicos tienen tres responsabilidades ante el maltrato infantil: detectarlo, denunciarlo y participar en su prevención. El diagnóstico médico de los tipos más frecuentes de abuso y negligencia con los niños se realiza principalmente en áreas hospitalarias en donde se atiende un gran número de lesiones referidas como accidentales, que en realidad son intencionales. Es aquí donde también llega un gran número de desnutridos graves sin alteración orgánica que, en caso de sospecha de negligencia o abandono, se pueden identificar y diagnosticar correctamente a través de su estancia hospitalaria.

En un estudio realizado por Mayer y colaboradores,¹² se informa que 6 por ciento de los pacientes pediátricos hospitalizados con traumatismos múltiples y lesiones neurológicas eran víctimas de maltrato, estableciéndose como la tercera causa aislada más frecuente de lesión; en este estudio la mortalidad registrada fue aproximadamente de 3 por ciento, calculándose que un tercio de las víctimas era menor de un año de edad. Resultados similares^{6-13,30,31} indican maltrato físico, pero no para otras formas de maltrato.

En el estado de Tlaxcala, los accidentes y/o desnutrición de II o III grados se encuentran entre las 10 principales causas de morbilidad y mortalidad en los niños menores de 15 años de edad, desconociéndose la magnitud y las características de las lesiones y/o desnutrición intencionales en ambas clasificaciones.

Al reflexionar en torno al problema que representa la posibilidad de identificar la intencionalidad en ambos grupos, y con el fin de integrar un diagnóstico correcto que comprenda las diferentes formas de maltrato, el presente trabajo constituye una propuesta para identificar los diversos tipos de maltrato, su frecuencia y características, en niños hospitalizados en el estado de Tlaxcala.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio retrospectivo, con base en la información consignada en los expedientes clínicos de todos los menores de 15 años de edad que egresaron con diagnóstico de lesiones accidentales e intencionales, violaciones o agresiones sexuales y/o desnutrición de II o III grado, de los cinco hospitales de la Secretaría de Salud en el estado de Tlaxcala, de enero a noviembre de 1991. Para este estudio, se consideraron cuatro formas de maltrato: a) físico; b) abuso sexual; c) deprivación nutricional o maltrato nutricional y d) maltrato mixto (deprivación nutricional y maltrato físico).

Se realizó una revisión previa de expedientes, elegidos al azar, de niños menores de 15 años de edad que egresaron por lesiones y/o desnutrición de II o III grado, para identificar las posibles variables a tomar en cuenta en el estudio.

Con base en la información disponible, se clasificó a los pacientes como casos y no casos.

CASOS

- a) Maltrato físico: todos aquellos pacientes con diagnóstico de lesiones físicas de cualquier tipo que hubieran sido consignadas en el expediente clínico como intencionales, o que las lesiones presentadas fueran típicas de maltrato, según datos de investigaciones previas, y que no correspondieran a la versión de la causa descrita por los familiares.
- b) Deprivación nutricional: todo paciente con diagnóstico de desnutrición de II o III grado que cumpliera con las siguientes características: peso normal al nacimiento (2 500 gramos o más), ausencia de patología aparente asociada al desarrollo de la desnutrición y/o referencia de ser hijo no deseado, acompañado o no de la presencia de padecimientos sugestivos de abandono como pediculosis y escabiasis, entre otros.
- c) Maltrato mixto: todo paciente en el que se consignara la presencia de lesiones físicas intencionales de cualquier tipo y desnutrición de segundo o tercer grado, sin patología aparente asociada al desarrollo de la misma.
- d) Abuso sexual: todo paciente con diagnóstico de vejación o violación sexual.

No casos

Para definir a los no casos, se identificaron dos grupos:

Para el maltrato físico, sexual y mixto, dada la presencia de lesiones físicas, se consideró un grupo control único: aquellos pacientes con diagnóstico de lesiones físicas de cualquier tipo y/o intoxicaciones y envenenamientos, cuyas características y circunstancias de ocurrencia fueran claramente accidentales.

Para la privación nutricional, se consideraron como no casos a aquellos pacientes con diagnóstico de desnutrición de II o III grado con falla orgánica evidente (patología agregada o asociada al desarrollo de la desnutrición).

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

Todos aquellos pacientes con diagnóstico de lesiones físicas de cualquier tipo, que pudieran o no asociarse a desnutrición de II o III grado, en los que, con base en la información consignada en el expediente, fue imposible saber si fueron accidentales o intencionales, y que quedaron excluidos del estudio.

Para los casos de desnutrición, se excluyeron aquellos en los que no fue posible identificar la presencia o no de falla orgánica asociada.

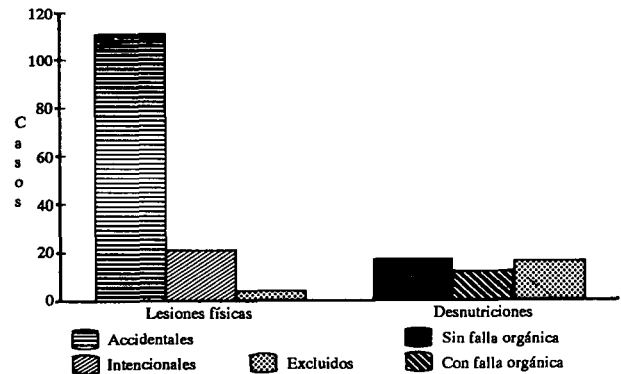
El análisis se realizó en forma independiente para cada tipo de maltrato. Dado el tipo de información, se aplicaron únicamente medidas de estadística descriptiva.

RESULTADOS

En un total de 181 pacientes, se identificaron 33 casos (18.2%); 118 pacientes (70.8%) se clasificaron como no casos: 61.4% para lesiones físicas y 9.4% para desnutriciones. El grupo de exclusión representó 11 por ciento: 2.2 por ciento para lesiones físicas y 8.8 por ciento para desnutriciones (figura 1).

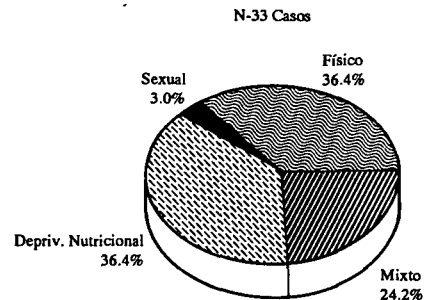
Los tipos de maltrato más frecuentes fueron el físico y la privación nutricional, ocupando 36.4 por ciento de los casos respectivamente, seguidos del maltrato mixto con 24.2 por ciento. Sólo se encontró un caso de abuso sexual, que correspondió al 3 por ciento (figura 2).

Dado que sólo se encontró un caso de abuso sexual, éste se excluyó del análisis.



Fuente: Expedientes clínicos

FIGURA 1. Lesiones accidentales e intencionales, según tipo de maltrato. SESA, Tlaxcala. Enero a noviembre de 1991



Fuente: Expedientes clínicos

FIGURA 2. Casos según tipo de maltrato. SESA, Tlaxcala. Enero a noviembre de 1991

MALTRATO FÍSICO Y MIXTO

En el cuadro I se muestran los resultados de este rubro. Para el maltrato físico, el grupo de edad más afectado fue el de uno a cuatro años (50%) y, en el maltrato mixto, los menores de un año (50%). A diferencia de ambos tipos de maltrato, el grupo mayoritario en las lesiones físicas accidentales, correspondió a los niños de cinco a 14 años (63.1%).

El sexo femenino fue el más afectado entre los casos (58.3 y 62.5 por ciento para maltrato físico y mixto, respectivamente). Las lesiones físicas accidentales fueron más frecuentes en el sexo masculino (66.7%) (cuadro I).

CUADRO I
Maltrato físico maltrato mixto en menores hospitalizados. SESA, Tlaxcala. Enero a noviembre de 1991

Variable	Casos de maltrato físico N=12 %	Casos de maltrato mixto N=8 %	Controles N=111 %
Edad			
< 1 año	16.7	50.0	8.1
1 - 4 años	50.0	37.5	28.8
5 - 14 años	33.3	12.5	63.1
Sexo			
Masculino	41.7	37.5	66.7
Femenino	58.3	62.5	33.3
Diagnóstico de egreso			
Síndrome del Niño Maltratado	16.8	25.0	0.0
Traumatismo craneoencefálico	8.3	0.0	16.2
Policontundido	8.3	0.0	11.7
Quemaduras II y/o III grado	50.0	12.5	5.4
Mordedura de serpiente	0.0	0.0	4.5
Picadura de alacrán y otro insectos	0.0	0.0	15.3
Fracturas miembros superiores	8.3	0.0	7.2
Fracturas miembros inferiores	0.0	0.0	9.0
Otros	8.3	62.5	30.7
Lugar del cuerpo afectado			
Cabeza	8.3	0.0	18.2
Cara	0.0	0.0	0.9
Tórax	0.0	0.0	0.9
Abdomen	0.0	0.0	3.6
Cinturón pélvico	0.0	0.0	0.9
Extremidades superiores	16.7	12.5	21.6
Extremidades inferiores	8.3	12.5	24.3
Espalda	8.3	0.0	0.0
Múltiple	58.3	75.0	29.7
Tiempo entre la ocurrencia de la lesión y la demanda de atención médica			
<1 - 23 hrs	58.3	37.5	83.0
1- 29 días	16.7	0.0	53.2
1 mes y más	0.0	12.5	9.0
Se ignora	25.0	50.0	0.0

Continúa

Continuación

Días de hospitalización			
1 - 2	25.0	12.5	46.0
3 - 5	16.7	25.0	30.6
6 y más	25.0	62.5	11.7
Se ignora	33.3	0.0	11.7
Mediana	7 días	8.5 días	3 días
Rango	1 - 42	1 - 32	1 - 44
Motivo de egreso			
Curación o mejoría	41.7	50.0	80.2
Voluntario	16.7	0.0	7.2
Traslado otra unidad	16.7	50.0	0.9
Defunción	8.3	0.0	0.9
Se ignora	16.7	0.0	10.8
Hospitalizaciones previas por la misma causa			
Sí hubo	25.0	87.5	0.0
No hubo	16.7	0.0	0.0
Se ignora	58.3	12.5	0.0
Lugar de ocurrencia			
Vía pública	8.3	0.0	33.3
Hogar	83.4	100.0	40.5
Escuela	0.0	0.0	0.9
Trabajo	0.0	0.0	2.7
Recreación y deporte	0.0	0.0	0.9
Otros	0.0	0.0	8.1
Se ignora	8.3	0.0	13.5

Fuente: Expedientes clínicos

El 16.8 por ciento de los casos de maltrato físico y 25 por ciento de los casos de maltrato mixto fueron diagnosticados como Síndrome del Niño Maltratado. El diagnóstico de egreso más importante en el maltrato físico, fueron las quemaduras de II o III grado (50%). La frecuencia de traumatismos craneoencefálicos y fracturas en este tipo de maltrato fue 50 por ciento menor que en las lesiones accidentales. En el maltrato mixto, las quemaduras representaron el 12.5 por ciento, aunque otros diagnósticos representaron 62.5 por ciento; no se informaron fracturas ni traumatismos craneoencefálicos. Las lesiones múltiples fueron más frecuentes entre los casos de maltrato físico (58.3%) y mixto (75%); que en el grupo control (29.7%).

La demanda de atención médica dentro de las primeras 24 horas de ocurrida la lesión fue mucho mayor en el grupo control (83%), que en los casos de maltrato físico (58.3%) y mixto (37.5%).

La mediana del tiempo de hospitalización, en días, fue más del doble en los casos de maltrato físico (siete días) y mixto (8.5 días), que en las lesiones accidentales (tres días).

En relación al motivo de egreso, los casos de maltrato físico y mixto mostraron un comparamiento diferencial respecto al grupo control, con una disminución de egresos por curación o mejoría y un incremento de egresos voluntarios o traslados a otras unidades médicas. El grupo de menores con maltrato físico presentó el mayor

porcentaje de defunciones, con una letalidad intrahospitalaria de 8.3 por ciento.

El antecedente de hospitalizaciones previas por la misma causa sólo se presentó en el grupo de casos: en el maltrato físico en el 25 por ciento y en el mixto en el 87.5 por ciento.

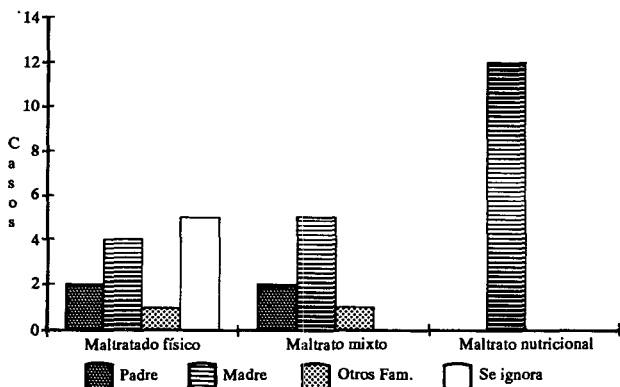
El 83.3 por ciento de las lesiones en los casos de maltrato físico y 100 por ciento en los casos de maltrato mixto ocurrieron en el hogar, a diferencia de las lesiones accidentales en las que el hogar ocupó menos de la mitad de los casos (40.5%).

La madre fue el principal agresor tanto en el maltrato físico (33.3%) como en el mixto (62.5%). En orden de importancia, le siguen el padre y otros familiares. En un porcentaje muy elevado de casos de maltrato físico (41.7%) fue imposible saber quién fue el agresor (figura 3).

El antecedente de alcoholismo en el padre, la madre o ambos, fue consignado sólo en los expedientes de los casos debido, probablemente, a que los médicos asocian empíricamente el alcoholismo con el maltrato a menores. Para los casos de maltrato físico, el antecedente de alcoholismo fue del 50 por ciento y, para maltrato mixto, del 62.5 por ciento.

MALTRATO NUTRICIONAL

Tanto en los casos como en los controles, el grupo de edad más afectado fue el de menores de un año (75 y 58.8 por ciento, respectivamente), con una ligera predominancia de los casos para este grupo de edad. No se observaron



Fuente: Expedientes clínicos

FIGURA 3. Tipo de agresor, según tipo de maltrato. SESA, Tlaxcala. Enero a noviembre de 1991

CUADRO II

Maltrato nutricional y desnutrición de II o III grado con falla orgánica en menores hospitalizados, SESA, Tlaxcala. Enero a noviembre de 1991

Variables	Casos N=12 %	Controles N=17 %
Edad		
<1 año	75.0	58.8
1 - 4 años	25.0	41.2
5 - 14 años	0.0	0.0
Sexo		
Masculino	33.4	35.3
Femenino	66.4	64.7
Días de hospitalización		
1 - 2	25.0	5.9
3 - 5	0.0	17.6
6 y más	66.7	76.5
Se ignora	8.3	0.0
Mediana	8 días	8 días
Rango	2-14 días	1-56 días
Motivo de egreso		
Curación o mejoría	33.3	64.7
Voluntario	8.3	5.9
Traslado a otra unidad	8.3	29.4
Defunción	50.0	0.0
Se ignora	0.0	0.0
Hospitalización previa	83.3	0.0

Fuente: Expedientes clínicos

diferencias por sexo, ya que en ambos grupos predominó el femenino con 66.4 y 64.7 por ciento para casos y controles, respectivamente (cuadro III).

La mediana de hospitalización fue de ocho días, tanto en los casos como en los controles. Respecto al motivo de egreso, se observaron importantes diferencias: el egreso por curación o mejoría fue dos veces más frecuente en el grupo control (64.7%) que entre los casos (33.3%), lo

mismo que el traslado a otras unidades médicas. Destaca el hecho de que la mayoría de los egresos entre los casos, fue por defunción, con una letalidad intrahospitalaria del 50 por ciento. En el grupo control no se informaron egresos por defunción (cuadro III).

DISCUSIÓN

El porcentaje de casos encontrados en este estudio (18.2%) fue tres veces más elevado que lo registrado por otros autores (6 a 7%)^{1,12,21}, y ello puede deberse a la inclusión de otras formas de maltrato como la privación nutricional, y no únicamente aquellos casos que presentaron lesiones físicas.

Los criterios utilizados en este estudio, permitieron establecer un importante patrón diferencial de lesiones y/o desnutrición de II o III grado entre los casos y sus grupos control. A pesar de las limitaciones diagnósticas, el grupo de exclusión representó sólo un pequeño porcentaje, que fue menor para el grupo de lesiones físicas (2.2%) que para el de desnutrición (8.8%). Lo anterior se debe, probablemente, a que han sido ampliamente estudiados los criterios para evaluar las lesiones físicas y a que existe suficiente información para una clasificación más adecuada.^{3-5, 11-25}

Las características de los casos de maltrato físico y mixto fueron similares. Ambos tipos de maltrato mostraron importantes diferencias respecto a su grupo control en, prácticamente, la totalidad de las variables incluidas en el estudio.

A diferencia de estudios similares^{1,12,13,18}, en los que se indica una frecuencia relativamente elevada de fracturas y traumatismos craneoencefálicos, en nuestro estudio fueron poco frecuentes, predominando las quemaduras de II o III grado. Asimismo, destaca la elevada frecuencia de lesiones múltiples en relación al grupo control (lesiones accidentales). La gravedad en los casos, medida por el tiempo de estancia hospitalaria y egreso por defunción o traslado a otras unidades médicas, fue mayor que en el grupo control.

En el grupo de menores desnutridos, las diferencias entre los casos y el grupo control fueron menores que entre las lesiones físicas accidentales e intencionales. Los grupos de edad, sexo, y la mediana del tiempo de hospitalización fueron similares, no así las variables "motivo de egreso" y "antecedente de hospitalizaciones previas". El egreso

por defunción en los casos alcanzó el 50 por ciento, en tanto que en los controles no se presentaron defunciones, a pesar de que en ellos se encontraban asociados otros padecimientos con la desnutrición. Respecto al antecedente de hospitalizaciones previas por la misma causa, solamente se registró entre los casos y este hecho cobra particular importancia ante la posibilidad de detección temprana y prevención de la muerte.

Consideramos que las similitudes en los grupos de edad y sexo en los casos y controles con diagnóstico de desnutrición de II o III grado, se deben probablemente a la dificultad para identificar la intencionalidad, pues la presencia de desnutrición importante asociada a otros padecimientos, aun cuando no pueda ser clasificada estrictamente como intencional, sí podría considerarse dentro del grupo de "maltrato pasivo" por abandono o descuido. No obstante, las diferencias en el motivo de egreso y hospitalizaciones previas, a pesar de no ser concluyentes, sí fueron importantes para diferenciar ambos grupos.

Aunque se ha hablado con insistencia de la gravedad potencial de los casos de maltrato físico^{1,12,16}, en nuestros resultados es sorprendente que este grupo, en comparación con el maltrato nutricional, fuera en forma global el de mejor evolución. El hecho de tomar en consideración la privación nutricional permitió apreciar su gran importancia, no sólo por el número de casos encontrados, sino por su letalidad seis veces más elevada que en el maltrato físico. Lo anterior, aún considerando las dificultades y limitaciones de los criterios utilizados para definir los diferentes tipos de maltrato, permite suponer que los que presentan lesiones físicas son una mínima parte de los casos, y si a esto se agrega que muchos de ellos no son diagnosticados, el problema es aún más grave.

Llama la atención que, a pesar de que los médicos registran en los expedientes información útil para diferenciar los diferentes tipos de maltrato, e incluso consigan variables potencialmente asociadas, como el alcoholismo en los padres, solamente 16 por ciento de ellos fueron clasificados como síndrome de maltrato en el diagnóstico de egreso. Esta conducta podría explicarse parcialmente por el temor del médico a involucrarse en asuntos de índole legal y/o a la incertidumbre en lo que al diagnóstico de maltrato se refiere.

Por último, consideramos que en estudios sobre maltrato deben retomarse todas sus formas; asimismo, debe continuarse la búsqueda para establecer criterios diag-

nósticos de mayor precisión que permitan identificar los casos de maltrato tempranamente. Por último, se requiere de estudios controlados que permitan obtener información útil acerca de los factores de riesgo intrafamiliares, con la finalidad de alimentar la toma de decisiones orientadas a su prevención y atención oportunas.

AGRADECIMIENTOS

Agradecemos la colaboración del contador público Manuel Leonardo Martínez Castellán, del doctor Juan Cuacenetl Jiménez y del doctor Ernesto Benito Salvatierra Izaba, para la realización de este trabajo.

REFERENCIAS

1. Kessler BD, New MI. Emerging trends in child abuse and neglect. *Pediatr Ann* 1989;18:8:471-475.
2. Marcovich J. El niño maltratado. 3a.ed. México D.F.: Editores Mexicanos Unidos, 1983.
3. Fontana V. The diagnosis of the maltreatment syndrome in children. *Pediatrics* 1973;51:780-782.
4. Elmer E, Gregg D. Developmental characteristics of abused children. *Pediatrics* 1967;40:596-602.
5. Rossenn DW, Loeb LS. Differentiation of organic from non-organic failure to thrive in infancy. *Pediatrics* 1980;66:698.
6. Kottmeier PK. The battered child. *Pediatr Ann* 1987;16:343-351.
7. Mayer T, Walker ML, Johnson DG. Causes of morbidity and mortality in severe pediatric trauma. *JAMA* 1981;245:719-721.
8. Guyer B, Berenholz G, Gallagher SS. Injury surveillance using hospital discharge abstracts coded by external cause of injury (E code). *The Journal of Trauma* 1990;30:470-473.
9. Corrigan GE. Inflicted burns in children. Forensic recognition and resolution. *JAMA* 1980;243:443.
10. Hight DW, Bakalar HR. Inflicted burns in children. *JAMA* 1979;242:517-520.
11. Kempe CH. The Battered child syndrome. *JAMA* 1962;181:1724.
12. Bruce DA, Zimmerman RA. Shaken impact syndrome. *Pediatr Ann* 1989;18:482-494.
13. Caffey J. Multiple fractures in the long bones of infants suffering from chronic subdural hematoma. *Am J Roent Gemol Radium Ther* 1946;56:163-173.
14. Pascoe JM, Hildebrandt HM. Patterns of skin injury in non-accidental and accidental injury. *Pediatrics* 1979;64:245-247.
15. Case ME, Nandire R. Laceration of the stomach by blunt trauma in a child. *J Forensic Sic* 1983;28:496-501.
16. Elmer E. A follow-up study of traumatized children. *Pediatrics* 1977;59:273.
17. Feldman KW, Schaller RT. Tap water scald burns in children. *Pediatrics* 1984;62:1-7.
18. Keen JH, Lendrum J. Inflicted burns and scalds in children. *Br Med J* 1975;4:268-269.
19. Dine MS, McGovern ME. Intentional poisoning of children an overlooked category of child abuse. *Pediatrics* 1982;70:32-35.
20. Nixon J, Pearn J. Non-accidental immersion in bathwater. Another aspect of child abuse. *Br Med J* 1977;1:271-272.
21. Loredó A. Abuso sexual en la edad pediátrica: consideraciones clínicas en siete casos. *Bol Med Hosp Infant Mex* 1988;45:173-177.
22. Blumberg ML. Sexual abuse of children. Causes, diagnosis and management. *Pediatr Ann* 1984;13:753-759.
23. Freidrich WN, Boriskin JA. The role of the child in abuse: A review of the literature. *Amer J Orthopsychiatry* 1976;46:580-590.
24. Galler J, Ramsey F, Solimano G. The influence of early malnutrition on subsequent behavioral development. V.7 child's behavior at home. *J Am Acad Child Psychiatry* 1985;24:58-64.
25. Frankenburg WK, Thornton SM. Pediatric development diagnosis. New York: Thieme-Stratton Inc 1981.
26. Espinosa A. Síndrome de detención del crecimiento y desarrollo. *Bol Med Hosp Infant Mex* 1978;41:129.
27. Jacobs RA. Psychosocial profiles of families of failure to thrive in infants. *Child Abuse Neglect* 1977;1:469.
28. Ayoub C, Pfeifer D. Treatment of infants with non-organic failure to thrive. *Child Abuse Neglect* 1980;3:937.
29. Green P. Reactions to the threatened loss of a child. A vulnerable child syndrome. *Pediatrics* 1966;34:38.
30. Haddon W, Baker SP. Injury control. Preventive and Community Medicine 1981;8:109-140.
31. Injury Prevention: Meeting the challenge. *Residential Injury* 1985;7:145-162.