

INSTITUTO SUPERIOR DE CIENCIAS MÉDICAS DE LA HABANA.
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS CMDTE. MANUEL FAJARDO.

¡NO JUEGUE, SACUDIRLO MATA!
ESTUDIO EPIDEMIOLÓGICO.
MALTRATO INFANTIL.
POLICLÍNICO HÉROES DEL MONCADA.

Autores:

Dra. Viviana Marina del Río Victoria.
Especialista de 1er grado de MGI.

Dra. María del Carmen Chao Caso.
Dra. Alina Gonzáles Torres.
Dra. Beatriz Fiz Tamayo.
Dra. Melba Hernández Pino.

Dra. Alicia Gómez López.
Lic. Leticia Roldán Apodaca.
Lic. Yamiris Deus Montes.
Dra. Tania R. Jané Martín.

**TRABAJO PARA OPTAR POR EL TÍTULO DE DIPLOMADO EN MALTRATO
INFANTIL.
JUNIO DE 2004.**

A todos los niños y niñas del mundo.

AGRADECIMIENTOS

Tenemos deuda de gratitud con todas las personas que amablemente colaboraron con la realización de este trabajo, en especial a los adultos que aceptaron participar en este estudio.

ÍNDICE

• RESUMEN.....	1
• INTRODUCCIÓN.....	2
• MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL.....	4
• PROBLEMA Y OBJETIVOS.....	9
• MATERIAL Y MÉTODO.....	10
• RESULTADOS Y DISCUSIÓN.....	12
• CONCLUSIONES.....	16
• RECOMENDACIONES.....	17
• BIBLIOGRAFÍA.....	18
• ANEXOS.....	20

RESUMEN

Se realizó un estudio descriptivo retrospectivo con la finalidad de identificar la magnitud en que se presenta el conocimiento de los riesgos para la salud de los niños al ser sacudidos, la ocurrencia de adultos que sacuden, la causa mas frecuente y el parentesco o relación con el niño que han sacudido en un grupo de adultos. Se estudió una muestra de doscientos adultos, pertenecientes al Grupo Básico de Trabajo No.3 del Policlínico Héroes del Moncada, en Plaza de la Revolución, Ciudad de la Habana. En el período comprendido entre Mayo y Junio de 2004. Se aplicó un modelo de encuesta diseñada por los investigadores. Entre los principales resultados encontramos que la mayoría de los adultos encuestados no conocen los riesgos, se determinó que los encuestados pertenecientes al sexo masculino conocen menos que los del sexo femenino, sin una diferencia porcentual significativa entre ellos. Identificamos que mas de la mitad de encuestados han sacudido niños, determinamos que el motivo mas frecuente por el que sacudieron fue para jugar, seguido por el auxilio ante una emergencia e identificamos que los que mas sacudieron fueron los padres. La prevención es lo más razonable, por lo que recomendamos que se de a conocer este fenómeno, esto puede no sólo salvar vidas sino prevenir discapacidades futuras.

INTRODUCCIÓN

El maltrato infantil es un fenómeno que surge con el hombre, por lo que es tan antiguo como la humanidad (1,2). El maltrato infantil no se presenta de forma aislada, sino que involucra una gran variedad de factores biopsicosociales (3,4). Durante siglos la agresión al menor ha sido justificada de diversas formas. Se les ha sacrificado para agradar a los dioses, o para mejorar la especie, o bien como una forma de imponer disciplina (5,6). En la historia encontramos mitos, leyendas y descripciones literarias referentes a la actitud de exterminio y maltrato hacia los menores (7,8).

Desde hace varias décadas se han manejado cifras verdaderamente alarmantes de niños que son objeto de la violencia, lo que proporciona una idea general de la dimensión del problema. Por ejemplo, los estudios realizados en E.U. por *Kempe* y *Kempe* en 1985 indicaron que en 6 de cada 1 000 nacimientos se pueden presentar malos tratos, lo que daría un número total de 30 mil a 50 mil niños maltratados por año en aquel país. Más recientemente aún se sabe que los casos de maltrato infantil han alcanzado la cifra de 24 millones al año (9).

En América Latina y el Caribe hay 185 millones de personas menores de 18 años, de ellos el 50 % son niños y adolescentes. Cerca de 6 millones de niños y niñas adolescentes sufren agresiones físicas severas, y 80 000 mueren al año (10).

En Cuba las estadísticas muestran valores muy inferiores, pues este problema no constituye actualmente un problema de salud en nuestro país. Nuestro país, a pesar de ser pequeño y con grandes dificultades económicas, invierte cuantiosos recursos en la atención educacional y médico-sanitaria de la población, alcanzando en este sentido buenos indicadores en los aspectos esenciales para el desarrollo y la calidad de vida, por encima de muchos países, aun altamente industrializados (11).

Los hechos esbozados nos dan una idea de la severidad del problema, esto nos ha motivado a realizar este estudio para indagar esta problemática en un grupo de adultos del Grupo básico de Trabajo (GBT) del policlínico Héroes del Moncada, partiendo de la certeza, de que son las investigaciones epidemiológicas la base en

que se sustenta cualquier estudio serio de planificación para lograr prevención de cualquiera de los tipos de maltrato, apoyados por nuestra política gubernamental que está encaminada a mejorar la calidad de vida de este grupo poblacional.

Tengamos en cuenta que toda mejora para los niños de hoy, es una mejora para las futuras generaciones.

MARCO TEÓRICO-CONCEPTUAL

El síndrome del niño golpeado fue descrito por primera vez en 1868 por Ambrosie Tardieu.⁹ Posteriormente, en 1946 Caffey describió la presencia de hematomas subdurales asociados con alteraciones radiológicas de los huesos largos en los pequeños.¹⁰ Henry Kempe y Silverman⁸ en 1962, crearon la expresión síndrome del niño golpeado, concepto este que fue ampliado por Fontana⁶ al indicar que estos niños podían ser agredidos no solo en forma física, sino también emocionalmente o por negligencia, de modo que sustituyó el término golpeado por el de maltratado.

Vivimos en una sociedad donde impera la violencia, con diferentes manifestaciones, producto de una crisis integral que trata duramente a amplios sectores sociales entre los que encontramos a los niños. Todo parece indicar que la violencia forma parte de las características inherentes de nuestros tiempos y de antaño, como un apéndice de la lógica formal de países y personas y obviamente se ejerce con mayor frecuencia contra aquellos que por diversos motivos no denuncian o no están facultados para denunciar o simplemente consideran que es parte de la normalidad .

El Síndrome del Bebé Sacudido (**SBS**, por sus siglas en Inglés) es un término utilizado para describir una serie de signos y síntomas causados por una sacudida y/o impacto violento en la cabeza del niño pequeño . Usualmente se presenta en menores de 2 años, pero se puede ver en niños de hasta 5. El grado del daño cerebral depende de la cantidad y duración del zarandeo o sacudida y la fuerza con que se ejerce el impacto en la cabeza .

Nombres alternativos o sinónimos: Síndrome de impacto por sacudidas, Síndrome de sacudidas violentas o de latigazo, Síndrome de la oreja de hojalata, Síndrome del niño lanzado bruscamente.

Algunos expertos han sugerido el cambio del nombre del SBS por el síndrome del impacto sacudido a fin de enfatizar la importancia del impacto craneal en la severidad del trauma cerebral observadas en algunas incidencias del síndrome del bebé sacudido. Otros expertos han sugerido un cambio en la terminología por el

nombre de traumatismo craneal no accidental dado que si hay impacto o no, las lesiones severas del niño no tienen explicación accidental posible.

¿Cómo sucede? No existe una respuesta absoluta en cuanto al número exacto de sacudidas necesarias para ocasionar un SBS ni tampoco la hay en cuanto a la duración de tiempo que una persona típicamente pueda sacudir a un niño en circunstancias de maltrato. La mayoría de las sacudidas probablemente duran 20 segundos o menos, con tal vez unos 40 ó 50 zarandeadas. Se necesita una o varias fuerzas severas para ocasionar daño cerebral lo suficientemente como para permitir la detección clínica del síndrome. En términos mecánicos y fisiológicos, así como según la experiencia de los agresores que han sido probados culpables o han confesado el zarandeo, es evidente que para levantar a un niño y sacudirlo se requiere un adulto o una persona de la constitución de un adulto. (Reece, 1996).

Los padres necesitan asegurarse que **jugar** con niños debe ser con actividades de acuerdo a su edad de tal manera no se ocasionan lesiones relacionadas con SBS. Por ejemplo, si el niño es llevado en la espalda cuando el padre o la madre hace ejercicios el correr ligeramente o montar bicicleta no ocasiona lesiones de tipo SBS. En muy raras ocasiones, esta lesión se puede causar de manera accidental al levantar a un bebé en el aire o al trotar con él cargado sobre la espalda en un morral porta bebés. Esta lesión no se presenta a causa del juego moderado ni por el hecho de dar saltos suaves.

Una de las **excusas** para justificar el traumatismo, dadas por la persona que ocasiona el SBS con frecuencia dice que el niño se cayó. Se han realizado varios estudios con relación a las lesiones de bebé o del niño que ha tenido caídas "leves" (es decir caídas desde un sofá, de una cama o de una mesa para cambiar los pañales, o incluso de caídas en las que él bebe va en brazos de quien lo cuida y este se resbala cargando al bebé). En su totalidad, estos estudios sustentan la conclusión que no sólo son caídas accidentales de relativamente bajas alturas que probablemente no resultan en una muerte, sino también que las lesiones intracraneales severas que se atribuyen a las caídas leves probablemente indican una lesión provocada. Los accidentes, a pesar de ser usuales, no son la causa de

la mayoría de las lesiones intracraneales severas ni de fracturas craneales en los niños. Las lesiones cerebrales ocasionadas por caídas de las escaleras o de los sofás raras veces causan fractura craneal y en la mayoría de los casos resultan en traumatismos menores.

Una de las **causas mas comunes que provoca el SBS** es el llanto inconsolable del bebé o niño pequeño. **Otros aspectos** que lo desencadenan son los problemas para alimentar al bebé y las dificultades al entrenarlo para ir al baño. La frustración que se acumula con tales situaciones, unidas a la carencia de conocimientos o entendimiento de las variadas opciones, en consecuencia pueden conllevar a un episodio de sacudimiento o zarandeo. A los padres y los cuidadores se les debe dar amplia información sobre las alternativas y riesgos que existen antes de sacudir al bebé. El estrés es otro componente que puede agravar una situación de frustración para el cuidador. Si el cuidador está pasando por una serie de situaciones estresantes, su capacidad para manejar la frustración del llanto inconsolable se ve disminuida.

Un bebé normal pasa de dos a tres horas todos los días llorando y el 20% al 30% de los bebés exceden esta cantidad de tiempo, a veces substancialmente. A menudo, los infantes lloran de manera aparentemente irracional, y pueda que no respondan al intento inicial del padre o la madre para consolarlos. El llanto se hace particularmente problemático durante el período de las seis semanas a los cuatro meses posteriores al nacimiento del bebé, período en el cual coincide con las incidencias más altas del SBS. Irónicamente, el comportamiento de zarandeo abusivo puede reforzarse por sí mismo, dado que el infante sacudido o quien presenta lesión cerebral puede dejar de llorar debido a la lesión ocasionada por el sacudimiento. El cuidador puede asociar el detenimiento del llanto con una respuesta satisfactoria (es decir, que el bebé deja de llorar) y por ello, el agresor repite dicho comportamiento. De esta manera, una acción inicial, que es impulsiva y activada por el estrés, puede tener resultados positivos inmediatos para el cuidador que sólo desea que el llanto se detenga. El bebé quieto y aturdido presenta el comportamiento que se desea y pueda que no muestre síntomas severos después del primer zarandeo, posiblemente guiando al cuidador a la

conclusión que la sacudida obtiene una respuesta apropiada en caso de irritación y malestar.

Consecuencias físicas de sacudir a un bebé o niño pequeño: El cerebro rebota de adelante hacia atrás y viceversa dentro de la cavidad craneal lesionando o destruyendo el tejido cerebral. Cuando sucede la sacudida, los vasos sanguíneos que alimentan el cerebro se pueden destruir, conllevando a un sangrado alrededor del cerebro. La sangre se acumula dentro del cráneo, creando más presión y posiblemente causando daño cerebral adicional. Puede ocurrir un sangrado retinal (detrás del ojo) que puede causar ceguera.

Razones por las que sucede: La cabeza del bebé es grande y pesada, siendo cerca del 25% del peso total de su cuerpo. Existe un espacio libre entre el cerebro y el cráneo para permitir el crecimiento y el desarrollo. Los músculos de su cuello son muy débiles para soportar el tamaño de la cabeza que es desproporcionadamente grande. El cerebro del bebé no ha madurado y se lesiona con mayor facilidad. Los vasos sanguíneos alrededor del cerebro del bebé son más susceptibles a destruirse que los vasos sanguíneos de los niños mayores o adultos.

Consecuencias inmediatas: La respiración puede detenerse, irritabilidad extrema, convulsiones, brazos y piernas debilitados, disminución del conocimiento, vómitos, el corazón puede detenerse, muerte.

Consecuencias a largo plazo Discapacidades en el aprendizaje, discapacidades físicas, ceguera parcial o total, pérdida de la audición, discapacidad en el habla, discapacidades cognitivas, parálisis cerebral, convulsiones, trastornos de la conducta, muerte.

¿Cuándo y dónde es más común que sucedan las sacudidas?: El Síndrome del Bebé Sacudido se encuentra en todos los grupos raciales y socioeconómicos. Sin embargo, existen varios factores de riesgo para el SBS. Éstos incluyen a los padres y cuidadores que muestran estrés, depresión o ansiedad, abuso de sustancias, poco control de sus impulsos, expectativas irreales, aislamiento en el hogar y carencia de un sistema de apoyo familiar.

Los signos y los síntomas varían en un espectro de alteraciones neurológicas menores: irritabilidad, letargo, temblores, vómitos; a mayores: convulsiones, coma, estupor y muerte. La tríada clásica de: hematoma subdural, edema cerebral y hemorragias retinales, están acompañadas en algunos casos (pero no en todos) de magulladuras en las partes del cuerpo que se usaron como “asas” para el sacudimiento. En algunos casos, también se pueden observar fracturas de los huesos largos y las costillas. El SBS a menudo es difícil de diagnosticar. Puede que haya poco o ningún signo aparente del traumatismo. Los signos que muestran que un niño ha sido zarandeado pueden ser vagos y se describe a veces al niño como quisquilloso o irritable con síntomas de “gripa”. El **diagnóstico diferencial** del SBS incluye un estado de conmoción, signos agudos de peligro de vida (ALTE Acute Life-threatening Events, por sus siglas en Inglés), apnea, intoxicación por monóxido de carbono, meningitis, hidrocefalia, trastornos epilépticos, problemas de crecimiento, otitis media, gastroenteritis, síndrome de muerte infantil repentina (SIDS Sudden Infant Death Syndrome por sus siglas en Inglés) hemorragia del sistema nervioso central o síndromes víricos tales como la gripe.

Aproximadamente el 20% de los casos del SBS son fatales en los primeros días posteriores a una lesión, y aquellos que sobreviven sufren una variedad de discapacidades que van de trastornos leves del aprendizaje, pasando por dificultades de coordinación, cambios de la conducta, discapacidades cognitivas, dificultades para alimentarse, disturbios visuales hasta llegar a deterioraciones severas tales como discapacidades mentales profundas y de desarrollo, trastornos epilépticos, parálisis, ceguera, hidrocefalia o algún estado vegetativo permanente.

PROBLEMA

Dado la prioridad que tiene trabajar por la salud de los niños en nuestro país, el incremento del interés por el tema del Maltrato Infantil y la falta de estudios relacionados con el S.B.S, nos propusimos abordar el siguiente problema en nuestra investigación: ¿Cuál es la magnitud del conocimiento de los riesgos para la salud de los niños al ser sacudidos, la ocurrencia de adultos que sacuden, el motivo mas frecuente y el parentesco o relación con el niño que han sacudido; en un grupo de adultos del grupo básico de trabajo No.3 del Policlínico Héroe de la Ciudad de la Habana, Municipio Plaza de la Revolución en Ciudad de la Habana, Junio de 2004.

OBJETIVO GENERAL.

Determinar la magnitud en que se presenta el conocimiento de los riesgos para la salud de los niños al ser sacudidos.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS.

- 1) Identificar la ocurrencia de adultos que han sacudido niños en la población referida.
- 2) Determinar el motivo mas frecuente por la que han sacudido.
- 3) Identificar el parentesco o la relación del que ha sacudido con ese niño.

MATERIAL Y MÉTODO

Metódica:

Se realizó un estudio descriptivo retrospectivo con la finalidad de identificar cómo se comporta el conocimiento de los riesgos que tiene para la salud de los niños al ser sacudidos, la ocurrencia de adultos que sacuden, el motivo mas frecuente y el parentesco o relación con el niño que han sacudido, en un grupo de adultos pertenecientes a un G.B.T. ; con la intención de aportar elementos de análisis que permitan de alguna manera mejorarles a los niños la calidad de vida a partir de la identificación del problema.

Obtención de la Información:

El universo de estudio lo conformaron los adultos que pertenecen al Grupo Básico No.3 del Policlínico Héroes del Moncada, municipio Plaza de la Revolución. La población objeto de estudio y unidad muestral fue seleccionada al azar por los investigadores, todo individuo que cumplió con las condiciones de inclusión.

Como criterio de inclusión se tomó: todas las personas dispensarizadas como adultos (20 años de edad cumplidos y menores de 60 años) que de acuerdo a las fichas familiares pertenecen a los consultorios del G.B.T. No.3, del Policlínico Héroes del Moncada; que aceptaron participar en el estudio después que se les explicó en que consiste y los propósitos que persigue el mismo. Fueron excluidos adultos con discapacidad mental pues consideramos que no se obtendrían respuestas útiles para la investigación, este dato de discapacidad se obtuvo por los antecedentes patológicos personales de los pacientes recogidos en sus historias de salud individual, con las que contamos en cada uno de los consultorios médicos.

Identificado el adulto, fue encuestado en el consultorio médico de familia, por el investigador, en un ambiente de privacidad adecuado rapor para garantizar veracidad en las respuestas.

Para dar respuesta a nuestros objetivos se aplicó un modelo de encuesta sobre Maltrato Infantil en su modalidad de Niño Sacudido (Anexo No.1), confeccionada

por los investigadores, que a través de respuestas cerradas nos permitió satisfacerlos.

Entre las variables a estudiadas se encuentran: sexo, escolaridad, tenencia de hijos o no, igualmente se estudió si estos adultos han sacudido alguna vez a un niño, la causa, el parentesco o relación con el niño que sacudieron; además se investigó si conocen los riesgos para la salud de un niño al ser sacudido, si les interesaría conocerlos y si lo harían otra vez o permitirían que alguien lo hiciera, después de conocer sacudir a un niño puede tener graves consecuencias.

Procesamiento y Análisis:

Para el procesamiento y análisis de los resultados fueron tabuladas y evaluadas todas las encuestas, los datos obtenidos fueron llevados a una base de datos a través del programa Microsoft Excel para su almacenamiento, organización, clasificación y análisis estadístico, los resultados finales fueron expresados a través de medidas de frecuencia absolutas y relativas (número y porcentaje), agrupadas en tablas y gráficos.

Después que todos los datos fueron analizados y confeccionadas las tablas correspondientes, previa revisión bibliográfica del tema, se elaboró el informe final. Los medios informáticos empleados fueron una computadora Pentium III con sistema operativo Windows 2000 y Microsoft Office 2000, así como una impresora de tipo Epson L-300+ para la impresión de encuestas y del informe final. Se usó una fotocopidora para la reproducción de las encuestas que se realizaron.

Otros recursos materiales: se utilizaron alrededor de 300 hojas blancas, bolígrafos para el llenado de las encuestas.

Recursos humanos: investigador (médico o enfermera de la familia que participaron en la investigación).

Estimamos como corto el tiempo para la confección del trabajo, alrededor de un mes fue necesario.

Consideramos que la investigación es de muy bajo costo por los recursos que necesitó y sobre todo por el inestimable valor que aporta para la salud de los niños del mundo por la que muchos trabajan incansablemente.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Al analizar los resultados obtenidos en nuestra investigación podemos observar que muestran una caracterización de la población estudiada a partir de la variable biológica: sexo, encontramos que de los 200 casos encuestados, 140 pertenecen al sexo femenino representando el 70.0% del total de la muestra, el 30% lo conformaron los adultos del sexo masculino con un total de 60 adultos encuestados.

Con relación a la variable social: escolaridad se pudo constatar que el mayor porcentaje correspondió a los adultos con escolaridad media superior con un total de 114 encuestados, esto representó el 57.0% de la población encuestada, de estos, 78 correspondieron al sexo femenino, 39.0% de la muestra y 36 al masculino (18.0%). Le siguió en importancia los adultos con escolaridad universitaria, un total de 59, 29.5% de la muestra total, de estos 40 pertenecen al sexo femenino (20.0%) y 19 al masculino (9.5%). Con escolaridad secundaria encuestamos 19 adultos (9.5%), 16 del sexo femenino (8.0%) y 3 al masculino (1.5%). El menor porcentaje correspondió a la escolaridad primaria, con un total de 8 encuestados, representando el 4.0% de la muestra total, de estos 6 corresponden al sexo femenino (3.0%) y 2 al masculino para un 1.0% del total de la muestra. Estos resultados se corresponden con el empeño realizado por nuestro gobierno después del Triunfo de la Revolución en Enero de 1959, en nuestro país todos por igual tenemos la oportunidad de estudiar y de alcanzar niveles superiores de escolaridad de manera gratuita, sin distinción de raza, ni creencia religiosa.

La paternidad por parte de la población estudiada, se identificó que 155 adultos encuestados son padres, representando el 77.5% de la población total encuestada y 45 (22.5%) refirieron que no lo son. Al estudiarlo por sexo podemos determinar que fue mas significativo los padres (del sexo masculino), con 53 adultos que representan 83.3% de los encuestados de este sexo. El sexo femenino estuvo representado por 105 madres que representó un 75.0% del total de mujeres encuestadas.

La distribución de la población estudiada por referir haber sacudido o no a un niño observamos que un total de 122 encuestados han sacudido alguna vez a un niño menor de cinco años, esto representa el 61.0% de la población total de encuestados, 78 (39.0%) refirieron no haber sacudido. La distribución por sexos demostró que en este caso han sido los adultos que pertenecen al sexo masculino quienes más han sacudido, 42 encuestados, que representan el 70.0% del total de hombres respondieron afirmativamente, esto se corresponde con los resultados de algunos estudios que revelan que los representantes de este género son los que sacuden con más frecuencia, variando los resultados entre un 70.0% y un 80.0% del total de los estudiados. 18 adultos, 30.0% del total para este sexo refieren no haberlo hecho. En cuanto al sexo femenino identificamos que 80 encuestadas el 57.1% del total de este sexo refirió haber sacudido, 60 (42.9%) refirieron que no. Según las causas por la que han sacudido a niños estos adultos podemos constatar que la primera es por juego, esto lo refirieron 57 adultos que representó el 47.7% del total de las causas que refieren los adultos estudiados, en segundo orden de significación se identificó el auxilio por estar esmorecidos, 38 adultos han sacudido a niños pequeños para “ayudarlos cuando están esmorecidos”, esto significa 27.1 % del total de las causas referidas. Para regañar, zarandearon o sacudieron 27 encuestados, representando el 19.3%. Como auxilio pero por “atorarse durante la alimentación”. Para que parara de llorar, una de las causas que se revela en varios estudios revisados como la de mayor significación en nuestro estudio aparece como último motivo, 8 encuestados, 5.7% del total de los motivos.

Con respecto al parentesco o relación del encuestado con el niño que refirió haber sacudido se observó que los padres son los que más han sacudido, un total de 80, 65.6% del total de encuestados refirió haberlo hecho, igualmente corresponde con los estudios sobre el tema que revelan a los progenitores como agresores porque son los que más sacuden a los niños. En el estudio por sexo se identificó a las madres como las que más sacuden, esto no se recoge en los estudios revisados, en donde se identifica a los padres con mayor porcentaje.

En segundo orden detectamos a los Tíos con un total de 11 encuestados, 9.0% del total de adultos que refirieron haber sacudido, siendo los tíos, que pertenecen al sexo masculino que con un total de 8 encuestados que han sacudido representan el 19% del total en cuanto a su sexo se refiere, en el sexo femenino, 3 tías (3.6%) refirieron haber sacudido. Padrastros y Abuelos muestran igual cantidad (7) y porcentaje (5.8%) del total de adultos que refirieron haber sacudido. Los padrastros (sexo masculino) fueron identificados con mayor porcentaje 11.9% pues 5 refirieron haber sacudido y 2 madrastras, 2.5% del total para este sexo refirieron haber sacudido. De igual forma fueron los abuelos(masculino) quienes muestran mayor índice de haber sacudido, con 3 abuelos de este sexo para un 7.1%, 4 abuelas sacudieron que representan el 5.0% de las mujeres que han sacudido. Resultados menos significantes se identificó en Cuidadores y Primos, ambos muestran iguales resultados: 6 adultos, el 4.9% del total de adultos que refirió haber sacudido. Como menos antecedentes de haber sacudido se identifican a los Vecinos, 5 (4.0%) refirieron haber sacudido.

El conocimiento por parte de la población estudiada de los riesgos para la salud de los niños al ser sacudidos; esta revela que 169 adultos no conocen sobre esto, representando el 84.0% de la población total estudiada, resultado significativo para los investigadores que por el nivel escolar de los encuestados esperaban cifras menos significativas. 31 adultos refieren conocer los riesgos, esto representó el 15.5% de la población total estudiada. En el estudio por sexo encontramos que son los adultos que pertenecen al sexo masculino los que menos conocen; un total 53 hombres refirieron que no conocen los riesgos esto representa el 88.3% del total de adultos de encuestados este sexo; no se encontró diferencias significativas con el sexo femenino en el que 116 encuestadas refirieron no conocer los riesgos, un 82.9% del total que pertenecen a este sexo. El resto de encuestados, en ambos sexos si refirió que conocía los riesgos.

El interés por conocer los riesgos para la salud de los niños al ser sacudidos a esta pregunta algunos encuestados que refirieron conocer los riesgos señalaron que deseaban conocer mas que lo que popularmente ya conocían por lo que 189 encuestados se interesaron por el tema, este resultado representó el 94.5% de la

población estudiada, 11 (5.5%) adultos refirieron que no les interesaba. Los adultos que mostraron mayor interés por conocer los riesgos fueron los que pertenecen al sexo masculino, el 98.3% (59) refirió que si les interesa, sólo 1 (1.7%) refirió lo contrario. En los que pertenecen al sexo femenino se identificó que al 92.9% (130) les interesa pero 10 no opinan lo mismo, esto representa el 7.1% del total de adultos encuestados que pertenecen a este sexo.

Si sacudirán o permitirían que alguien lo hiciera si conocieran que sacudir tiene riesgos perjudiciales para la salud, el 100% de la población estudiada respondió que no. Esto no orienta a que se debe seguir trabajando para que la población conozca, seguir promoviendo salud.

CONCLUSIONES

En nuestro estudio se determinó que un porcentaje muy significativo de los adultos encuestados no conocen los riesgos para la salud de los niños al ser sacudidos. Se identificó que un alto porcentaje de los adultos del estudio refieren haber sacudido niños pequeños. Determinamos también que el motivo más frecuente por el que zarandearon o sacudieron a un niño pequeño fue para jugar, seguido por el auxilio ante un bebé esmorecido. Identificamos que más de la mitad de los progenitores refieren haber sacudido alguna vez, de estos se identifican a las madres con alto porcentaje, seguido por los padres y los tíos (del sexo masculino). Por lo que significa el maltrato para nuestros niños es necesario impulsar acciones sociales y de salud contra éste, la comunidad, la atención primaria cobran un gran valor para desarrollar actividades de prevención.

RECOMENDACIONES

Es imprescindible mencionar que el SBS y el maltrato en general se puede prevenir, una educación enfocada claramente es la clave para esto. Los niños por su vulnerabilidad puede convertirse en víctimas de sufrimientos innecesarios, lesiones, dolor y deterioro de su calidad de vida, es por eso que recomendamos:

Difusión de la existencia de la problemática, para seguir elaborando estrategias de EDUCACIÓN, CONCIENTIZACIÓN y PREVENCIÓN.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1- Loredó AA. Maltrato al menor. México DF: Interamericana Mc Graw-Hill; 1994.
- 2- Martínez MM, Reyes RR. Maltrato infantil. Un problema inquietante. Bol Med Hosp Infant Mex 1993; 50:557-63.
- 3- Torregosa FL. El niño maltratado. En: El maltrato a los niños y sus repercusiones educativas. Memorias del 2do. Simposio Interdisciplinario e Internacional. México, DF: Federación Iberoamericana contra el Maltrato Infantil; 1992:55-74.
- 4- Santamaría GR. El maltrato infantil o maltrato social. En: El maltrato a los niños y sus repercusiones educativas. Memorias del 2do. Simposio Interdisciplinario e Internacional. México DF: Federación Iberoamericana contra el Maltrato Infantil; 1992:201-6.
- 5- Loredó AA, Oldak SD, Carbajal RL, Reynes MJ. Algoritmo del niño maltratado a su ingreso a un centro hospitalario pediátrico. Bol Med Hosp Infant Mex 1990;47: 91-5.
- 6- Fontana V. En defensa del niño maltratado. México, DF: Edit. Pax; 1979.
- 7- Kempe RS, Kempe HC. Niños maltratados. 3ra. ed. Madrid: Morata; 1985.
- 8- Kempe HS, Silverman NF, Steele BF, Droegemueller W, Silver HK. The battered-child syndrome. JAMA 1962; 181:105-12.
- 9- Crespo Barrios AI. Niño maltratado. Rev Cubana Ped 1996;68(3).
- 10- Santana Távira R. El maltrato infantil: un problema mundial. Salud Publ Mex 1998; 40:58-65.
- 11- Acosta Tíeles N. Maltrato infantil. La Habana: Instituto Cubano del Libro; Ed. Científico Técnica; 1998.
- 12- Kempe HC. Pediatric implications of the battered baby syndrome. Arch Dis Child 1971; 46:28-37.
- 13- Foncerrada Moreno M. El niño víctima de maltrato. Rev Med Inst Mex Seguro Soc 1982; 20:457-69.

- 14-Etienne G, et al: Maltrato. Informe Mundial sobre la Violencia y Salud. Organización Panamericana de la Salud. Estados Unidos de Norteamérica, 74:81, 2003.
- 15-Centro Nacional del Síndrome del Bebé sacudido: "Síndrome del Bebé sacudido". Asociación Americana de Trauma cerebral. www.biausa.org . 2000.
- 16-Reece RM: Maltrato Infantil Fatal y Síndrome de muerte infantil repentina. En: Diagnósis y Administración Médica del Maltrato Infantil. Baltimore, MD: Wilkins y Wilkis 1996; 107-137.
- 17-Joffe M., Ludwig S.: Traumas en los niños al caerse de las escaleras. Pediatría. 82:457. 1988.

