



**Universidad Autónoma de Querétaro
Facultad de Enfermería**

FACTORES DE RIESGO DEL MALTRATO AL MENOR

TESIS

Que como parte de los requisitos para obtener el grado de
Maestra en Ciencias de Enfermería

Presenta:

L. E. Virginia Hernández García.

Santiago de Querétaro, Octubre del 2008



Universidad Autónoma de Querétaro
Facultad de Enfermería
Maestría en Ciencias de Enfermería

FACTORES DE RIESGO DEL MALTRATO AL MENOR

TESIS

Que como parte de los requisitos para obtener el grado de
Maestra en Ciencias de Enfermería

Presenta:

Lic. en Enf. Virginia Hernández García

Dirigido por:

M.S.P. Raquel Ruiz Camacho

SINODALES

M.S.P. Raquel Ruiz Camacho
Presidente

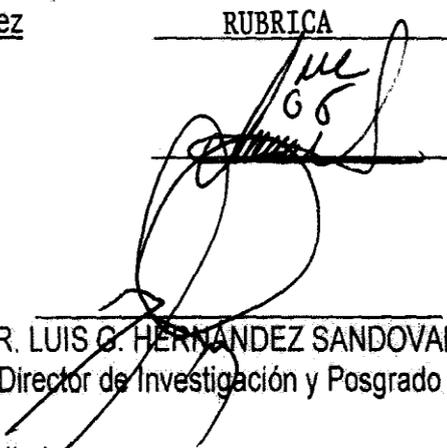
Dra. Ma. Alejandra Hernández Castañón
Secretario

Dr. Juan Manuel Oñate Romero
Vocal

M.C.E. Verónica Margarita Hernández Rodríguez
Suplente

M.C.E. María del Carmen García de Jesús
Suplente


L. E. MA. EUGENIA PENALOZA SERVIEN
Directora de la facultad


DR. LUIS G. HERNÁNDEZ SANDOVAL
Director de Investigación y Posgrado

Centro Universitario
Querétaro, Qro.
Octubre del 2008
México.

RESUMEN

El maltrato infantil es un fenómeno que data desde la antigüedad al que no escapa ninguna cultura; está presente en países desarrollados como subdesarrollados, democráticos y autoritarios, por lo que la violencia al menor ha sido históricamente un problema escondido y negado en muchos países por las familias en el pasado y en la actualidad. El propósito del estudio fue identificar los factores de riesgo físico, psicológico, social, abuso sexual y cultural que influye en el maltrato al menor. Se trata de un estudio observacional, retrospectivo y prospectivo de casos y controles de tipo cuantitativo y descriptivo. Se estudiaron 60 menores (casos) de 8 a 16 años de edad que sufren las consecuencias del maltrato en sus hogares, y 180 niños (controles) seleccionados al azar y ser de un barrio marginado de similares condiciones socioeconómicas a los casos. El cuestionario fue perfeccionado a través de la validación de una prueba piloto, para obtener información sobre los factores de riesgos del maltrato para validar la pertinencia del instrumento. En el análisis descriptivo se obtuvieron frecuencia, desviación estándar, media, Chi cuadrada, en el analítico frecuencia, razón de momios con intervalo de confianza de 95%, se utilizó el Paquete estadístico para las Ciencias Sociales SPSS (Statistical Package for the Social Science) versión 12. Se identificaron factores de riesgo, los cuales presentaron una p mayor del 0.05 en los factores familiares, sociales, psicológicos y culturales, siendo los factores sociales donde se encontró un mayor riesgo conjunto. Se concluye que los factores de riesgo son múltiples lo que hace pensar que es la interacción de estos (potenciación) la que desata una serie de condiciones que llevan al maltrato del menor. Se sugiere implementar Programas de Educación para la Salud en grupos o individuos (escuela de padres) para promover una cultura de la no violencia orientada a preservar los valores fundamentales de la condición humana, como la solidaridad, el afecto, la justicia, la equidad y construir una ética basada en la tolerancia para mejorar la calidad de vida a la población infantil.

Palabras clave: (maltrato infantil, factor de riesgo físico, social, psicológico, abuso sexual y cultural)

SUMMARY

Child mistreatment, a phenomenon that traces back to the past and underlies all cultures, appears in both developed and underdeveloped countries, democratic or authoritarian nations, and child violence has been a historically hidden and denied problem in many countries by families in the past and nowadays. The purpose of this study was to identify the factors of physical, psychological and social risk; sexual and cultural abuse that influence the child mistreatment. It is an observational, retrospective and prospective study of cases and it uses controls of qualitative and descriptive type. This study includes 60 children (cases) from 8 to 16 years of age who suffered the consequences of domestic mistreatment, and 180 children (controls) chosen at random from a slum –in similar socioeconomic conditions as the cases. The questionnaire was polished through the validation of the pilot proof, in order to obtain information about the mistreatment risk factors to validate the instrument pertinence. We obtained frequency, standard deviation, media, Chi Square in the descriptive analysis; rate of Momios with confidence interval of 95% in the frequency analysis. The Statistical Package for the Social Science (SPSS version 12) was used. Risk factors were identified, which showed a 'p' greater than 0.05 in the family, social, psychological and cultural factors, being the social factors the greatest risk. The fact that the risk factors are multiple makes us conclude that their interaction (influence) triggers a series of conditions that induce the child mistreatment. It is suggested to implement Education Programs for groups and individual health (parents school) to promote a non violence culture oriented to preserve the fundamental values of human condition such as: solidarity, affect, justice, equity and to build a moral based on tolerance in order to improve the child population quality of life.

Key words: child mistreatment, physical, social, and psychological risk factors, sexual and cultural abuse.

DEDICATORIAS

**A Dios todopoderoso: Eterno Dios, gracias por darme tu ayuda
para lograr este objetivo en mi vida.**

A MIS PADRES:

**Sr. José Hernández Pérez[†]
Sra. Eulalia García Gutiérrez
Por apoyarme en mi superación profesional.**

A MI HIJO CON AMOR:

**Por su comprensión y apoyo para lograr este objetivo de
superación y ser parte principal de mi vida**

MI NIETA ALISSON DAIANA E IVONNE:

Por animarme y apoyarme.

A MI ASESOR:

**M.S.P. Raquel Ruiz Camacho
Por sus valiosas aportaciones
y su tiempo para apoyar este
proyecto de investigación.**

**A mis amigas:
Lupita, Paula, Andrea
por su apoyo y dedicación.**

AGRADECIMIENTOS

**A la Universidad Autónoma de Querétaro,
a la Facultad de Enfermería por darme la
oportunidad de seguir superando al realizar
la Maestría en Ciencias de Enfermería.**

**Con todo respeto doy gracias a mí
Asesor por su paciencia apoyo al
Trabajo de Investigación.**

**A mis revisoras por las aportaciones
realizadas al trabajo de investigación:**

**Dra. Alejandra Hernández Castañón
M.C.E. Verónica Margarita Hernández Rodríguez
M.C.E. María del Carmen García de Jesús
DR. Juan Manuel Oñate Romero**

**A los directores de las Escuela Primaria del Estado
“Francisco Figueroa” del Barrio de Bermeja y la
Escuela Primaria Federal “Hermenegildo Galeana”
del Barrio de Arroyo de Taxco de Alarcón Guerrero**

**A los menores maltratados que
participaron en la investigación y
los niños de las escuelas “Francisco
Figueroa y “Hermenegildo Galeana”.
Gracias por su participación.**

| INDICE | PÁGINA |
|---------------------------------------|---------------|
| Resumen | i |
| Summary | ii |
| Dedicatorias | iii |
| Agradecimientos | iv |
| Índice | v |
| Índice de cuadros | vi |
| I. INTRODUCCIÓN | 1 |
| 1.1. Planteamiento del problema | 3 |
| 1.2 Importancia del estudio | 8 |
| 1.3 Objetivo. | 9 |
| 1.4 Hipótesis | 10 |
| II. REVISIÓN DE LA LITERATURA | 11 |
| 2.1 Antecedentes históricos | 11 |
| 2.2 Datos epidemiológicos | 12 |
| 2.3 Concepto de maltrato al menor | 14 |
| 2.4 Causas e incidencia | 15 |
| 2.5 Tipos de maltrato | 16 |
| 2.6 Factores de riesgo | 22 |
| 2.7 Tratamiento | 25 |
| 2.8 Prevención del maltrato al menor. | 25 |
| III. METODOLOGÍA | 27 |
| 3.1 Diseño del estudio | 27 |
| 3.2 Universo y muestra | 27 |
| 3.3 Material y método | 28 |
| 3.4 Análisis de los datos | 30 |
| 3.5 Ética del estudio | 31 |
| IV. RESULTADOS Y DISCUSIÓN | 32 |
| V. CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS | 53 |
| BIBLIOGRAFÍA | 57 |
| APÉNDICES | 62 |

ÍNDICE DE CUADROS

| No. de cuadro | | Página |
|---------------|---|--------|
| 4.1 | Distribución por edad y sexo en los menores estudiados. | 32 |
| 4.2 | Prueba de Chi cuadrada para sexo en los menores estudiados. | 32 |
| 4.3 | Distribución del nivel de escolaridad y presentación de maltrato en los menores estudiados. | 33 |
| 4.4 | Prueba de Chi cuadrada para la escolaridad en los menores estudiados. | 33 |
| 4.5 | Distribución de los factores de riesgo respecto de con quien vive el niño. | 34 |
| 4.6 | Distribución de los factores de riesgo respecto del trato en casa. | 35 |
| 4.7 | Distribución de los factores de riesgo respecto del trabajo del padre. | 36 |
| 4.8 | Distribución de los factores de riesgo respecto del estado civil de los padres. | 37 |
| 4.9 | Distribución de los factores de riesgo respecto del estado socioeconómico de la familia. | 38 |
| 4.10 | Distribución de los factores de riesgo respecto del lugar donde lo pasa el niño fuera de casa. | 38 |
| 4.11 | Distribución de los factores de riesgo respecto la atención cuando este enferma. | 39 |
| 4.12 | Distribución de los factores de riesgo de acuerdo al comportamiento del padre cuando esta alcoholizado. | 40 |
| 4.13 | Antecedente de consumo de drogas en el padre. | 40 |
| 4.14 | Riesgo de pensamiento suicida en el menor. | 41 |
| 4.15 | Cuidado de los padres al menor. | 41 |
| 4.16 | Sentimientos expresados por los menores y su distribución de riesgo. | 42 |

| | | |
|------|---|----|
| 4.17 | Distribución del riesgo según la relación afectiva con la madre. | 43 |
| 4.18 | Distribución del riesgo según la relación afectiva con el padre. | 43 |
| 4.19 | Identidad del agresor sexual y su riesgo de acuerdo a los menores estudiados. | 44 |
| 4.20 | Distribución del riesgo según la escolaridad de la madre. | 45 |
| 4.21 | Distribución del riesgo según la escolaridad del padre. | 45 |

I. INTRODUCCIÓN

El maltrato infantil es un fenómeno que data desde la antigüedad al que no escapa ninguna cultura; está presente en países desarrollados como subdesarrollados, democráticos y autoritarios, por lo que la violencia al menor ha sido históricamente un problema escondido y negado en muchos países por las familias en el pasado y en la actualidad (Antonuccio, 2006).

La violencia contra el menor es un fenómeno médico-social conocido como síndrome de niño maltratado. Por su impacto médico, emocional, social y económico la Organización Mundial de la salud señala que es un problema en salud pública mundial (Zúñiga et al., 2007).

La violencia es una constante en la vida de gran número de personas en todo el mundo, y afecta a todos de un modo u otro, para muchos permanecer a salvo consiste en cerrar puertas y ventanas, y evitar los lugares peligrosos. Para otros en cambio, no hay escapatoria, porque la amenaza de la violencia esta detrás de esas puertas, oculta a los ojos de los demás. Y para quienes viven en medio de guerras y conflictos, la violencia impregna todos los aspectos de la vida (Fernández y Perea, 2004).

La familia como célula de la sociedad es la encargada de procurar salud mental a sus integrantes para lograr un mejor desarrollo de los miembros que la componen, en especial los hijos, que esperan les den protección, afecto, salud y educación. Sin embargo existen familias que presentan fenómenos de desamor, abandono, golpes y amenazas que producen daño psicológico en los pequeños generando en ellos confusiones por no saber la causa del enojo de sus padres hacia ellos provocando problemas emocionales (Álvarez y Hartog, 2006).

La violencia presente en el hogar genera que muchos niños, niñas y adolescentes estén tristes y agresivos, no pueden asumir responsabilidades

dentro de la familia o en la escuela, dejan de asearse, de estudiar, de ser respetuosos y se refugian en amistades que asumen conductas viciosas y reprobadas por la ley, como el alcoholismo, la drogadicción, abandonen su casa y se conviertan en niños de la calle en condiciones de marginación cayendo en la prostitución o a la pornografía para sobrevivir, además, es posible que se conviertan en futuros agresores de sus propios hijos. Por consiguiente la desintegración familiar repercute en la ausencia de fomentar y nutrir los valores éticos, el poco interés en apoyar el nivel cultural y moral desde su raíz, conduce a formar seres que raramente serán capaces de integrarse de manera natural a la sociedad y efectuar así su propio y sano desarrollo (Álvarez y Hartog, 2006).

Con este estudio se pretende identificar los factores de riesgo del maltrato hacia los menores que sufren maltrato físico, emocional y psicológico en sus hogares desde una perspectiva situacional que deriva en efectos de violencia intrafamiliar, como son los casos de omisión de cuidados o abandono, golpes, regaños constantes, pellizcos, mordeduras, quemaduras, traumatismos y abuso sexual cuyos efectos repercuten en diversos ámbitos de su vida personal y social.

Este trabajo de investigación contiene los siguientes apartados como es la introducción, en donde se contempla el planteamiento del problema, importancia del estudio, objetivo general y específicos, hipótesis; revisión de la literatura (marco teórico donde se exponen los aportes sobre el maltrato al menor, concepto, tipología, factores de riesgo, sintomatología, tratamiento y prevención); en la metodología se aborda el diseño de estudio, universo y muestra, material y método, análisis de los datos y la ética del estudio; resultados y discusión en donde se presentan los datos mas relevantes de los factores de riesgo encontrados en el estudio; conclusiones y recomendaciones; bibliografía y apéndices.

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

El maltrato infantil es un fenómeno que surge con el hombre, por lo que es tan antiguo como la humanidad. El maltrato infantil no se presenta de forma aislada, sino que involucra una gran variedad de factores biopsicosociales. 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. En la historia se encuentran mitos, leyendas y descripciones literarias referentes a la actitud de exterminio y maltrato hacia los menores. Los estudios realizados en varios países señalan que el maltrato infantil es un problema multicausal, en el que intervienen las características del agresor, el agredido, el medio ambiente que les rodea y un estímulo disparador detonante de la agresión (Francia, 2003).

El Maltrato Infantil es un problema que se incrementa en forma alarmante. Aun cuando no se tienen cifras precisas de la magnitud del mismo, se infiere que su presencia es cada vez más evidente. La Organización Mundial de la salud (OMS) estableció que en año 2000, ocurrieron cerca de 57,000 defunciones atribuidas a homicidios en menores de 15 años de edad, con riesgo dos veces mayor para los niños menores de 4 años, donde las causas mas frecuentes fueron los traumatismos craneoencefálicos, traumatismos abdominales y la asfixia (Coria et al., 2007).

Se estima que existen en todo el mundo aproximadamente 100 millones de niños que viven, trabajan (o ambas cosas a la vez) en las calles de las grandes ciudades de países en desarrollo. De esta cifra, 40 millones corresponden a América Latina. En Europa el mayor número de niños de la calle se registran en países del este, principalmente en Rumania, Rusia (Kiev) se ha aceptado que hay 12 500 niños en esta situación. En Kenia en 1989 se registraron 3 600 niños en la calle y en la actualidad son aproximadamente 40 000 (Laredo y Trejo, 2004).

Así también estos autores mencionan que la Organización de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) señala en 1990 que es muy probable que existan en Latinoamérica alrededor de 117 millones de personas en la miseria y de ellas, 75 millones son niños cuyas edades no rebasan los 15 años. Destaca el fenómeno en países como Brasil donde en 1987 se informó la existencia de 7 millones de menores abandonados en la calle y 17 millones trabajando en ella.

Desde hace varias décadas se han manejado cifras verdaderamente alarmantes en niños que son objeto de la violencia de sus padres, lo que proporciona una idea general de la dimensión del problema. Por ejemplo, los estudios realizados en Estados Unidos por Kempe y Kempe en 1985 indicaron que en 6 de cada 1000 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, (Francia, 2003). En este país las lesiones son la segunda causa de hospitalización, además se otorgan 16 millones de consultas por año en el área de urgencias para atender este problema (Loredo et al., 2003).

La Asociación Humana Americana hizo un estudio del abuso sexual en Nueva York donde encontró que el número de víctimas mujeres era más alto que el de niños en una proporción de diez a uno. Muchos otros estudios clínicos muestran reportes de abuso sexual solamente en niñas, donde los casos de victimización a niños es muy rara. Nuestro hallazgo sugeriría que un gran número de casos de abuso sexual contra niños no es reportado (Finkelhor, 2005).

En Inglaterra y París de Gales se reportaron en un periodo de cuatro años (1983 a 1987) cifras de niños maltratados que oscilan entre 11 300 y 23 500 casos por año. El análisis particular que se puede hacer de estos datos es el siguiente: el número de maltrato físico de 6 800 a 8 070 y de abuso sexual de 680 a 6060 en el mismo lapso. En Francia reportan de 400 a 700 muertes por año y una de cada 200 admisiones hospitalarias son consecuencia de agresión al menor. Un informe

de 1987 refiere que diversas formas de abuso sexual ocurren con una frecuencia de 60 000 a 100 000 casos por año, estas cifras señalan lo alarmante del problema en esta nación que forma parte de lo que se llama “Primer Mundo” (Loredo, 2004).

Francia (2003), menciona que 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. El instituto nacional de estadística e Informática de Perú revela que en ese país cuatro de cada 100 niños menores de cinco años de edad son afectados por accidentes. Además refiere que dentro de la vida familiar las mujeres, las niñas y los niños son víctimas de violencia intrafamiliar (Loredo et al., 2003).

El capítulo chileno de la Organización de las Naciones Unidad para la Infancia (UNICEF), publicó en el año 2000 un estudio destinado a establecer las características del maltrato infantil reportó que de los 1525 niños del octavo año básico encuestados correspondientes a seis regiones del país, un 73.6% acusa haber sufrido algún tipo de maltrato, por otro lado respecto al agresor se aprecia un predominio de la madre (21.3%) sobre el padre (11.9%) (Coria et al., 2007).

En Argentina según la Organización Mundial de la Salud, los accidentes y la violencia familiar son la primera razón de muerte en niños de 1 a 4 años. En la mayoría de los casos, sin embargo, esa causa es encubierta bajo la caracterización de muerte accidental (Antonuccio, 2006).

En Brasil es uno de los países que en esta parte del mundo presenta el problema más grande. La población mayoritaria esta compuesta por 62 millones de personas menores de 19 años y de éstas 58% (36 millones) provienen de familias cuyo ingreso mensual per capita es cuatro veces menor al considerado como mínimo, por lo que esta población es considerada pobre. De este grupo de

edad, 20% (7 millones) ha sido abandonado o separado de las familias y viven en la calle. Además cada año 4.3 millones de niños, cuyas edades fluctúan entre siete y catorce años se quedan sin escuela y 17% de menores que tienen entre 10 y 14 años es analfabeta. Esto hace factible que favorezca el fenómeno de maltrato en cualquiera de sus facetas (Loredo, 2004).

En México la situación no es muy diferente, ya que como causa de muerte durante la infancia, los accidentes ocupan el primer lugar a partir del primer año de vida y hasta los 14 años de edad y de igual forma, son causa frecuente de atención médica de urgencia (Loredo et al., 2003).

Perea, et al. (2004), mencionan que en México, el Sistema de Desarrollo Integral de la Familia (DIF) reportó la frecuencia de maltrato a los niños de 1994 a 1999. De los casos registrados, 52% fueron varones y 48% mujeres. Las formas de maltrato fueron 61% físico, 31% psicológico y el 8% abuso sexual. Este último alcanza en números absolutos 2 000 casos anuales reportados sólo por esta institución por año. Evidentemente la cifra es mucho más alta ya que se debe considera la prostitución y pornografía infantil. En una revisión de 236 casos atendidos en la Clínica de Atención Integral al Niño Maltratado del Instituto Nacional de Pediatría, por diversas formas de maltrato 29.66% correspondió a abuso sexual, siendo la violación la forma más frecuente de agresión.

En el año 2000, el Sistema Nacional para el desarrollo Integral de la familia (DIF) atendió 23,585 denuncias por maltrato al menor de los cuales 31.18% fueron por maltrato físico; 23.38% por omisión de cuidados; 19.5% maltrato emocional; 13.37% negligencia; 6.49% abandono; 4.69% por abuso sexual; 1.09% explotación laboral y 0.3% explotación sexual comercial. En las cinco agencias del Ministerio Público de la Procuraduría General de Justicia del Distrito Federal (PGJDF), se levantaron 3,000 denuncias y en 10% de ellas se comprobó el diagnóstico de síndrome de niño maltratado (Zúñiga et al., 2007).

En la Clínica de atención Integral del Niño Maltratado del Instituto nacional de Pediatría y de la Universidad Autónoma de México centro de investigación docencia y asistencia, se valoran entre 80 a 100 casos con sospecha de síndrome de niño maltratado cada año; de estos se confirman de 35 a 40 casos; los mas frecuentes y graves son por maltrato físico (Zúñiga et al., 2007). En México se realizó una investigación en 1999 en las 100 principales ciudades del país, revelo una cifra de 114 497 menores callejeros. Las ciudades con un mayor número de niños fueron; Guadalajara (7 226), Tijuana (5 853), Monterrey (5 767), San Luis Potosí (3 876), Toluca (3 807), Querétaro (3 509) y Acapulco (3 341) (SEDESO/SEP/SS, 2002).

Los datos estadísticos que se han expuesto sólo representan la información que puede ser útil para dar apenas una idea, tal vez no muy precisa, del problema que representar los niños maltratados en el ámbito nacional e internacional, y es conveniente establecer un registro adecuado de estos casos en las diversas entidades federativas, a fin de poder elaborar una estadística nacional confiable acerca de esta problemática (Osorio, 2005).

Todo lo anterior trae como consecuencia jóvenes y adultos violentos, inseguros, faltos de amor y comprensión hacia sus semejantes, con carencias de valores morales con una marcada inestabilidad emocional y por lo tanto con un patrón de conducta de agresividad hacia su propia familia y la sociedad en general. Los niños son el futuro de un país, si no se les trata como debe ser engrosarán la fila de hombres y mujeres amargados por la violencia y el maltrato a sus semejantes (Loredo, 2004). Por ello es que el personal de enfermería tienen un compromiso para prevenir un mal de la sociedad implementado medidas que ayuden a los menores a su desarrollo psicológico, físico y social, y a los padres educarlos para que sean ellos quienes descubran el bien que representan los niños en la familia, en la sociedad y en el mundo para evitar el maltrato en el menor.

Por lo anterior expuesto se hace necesario la siguiente pregunta de investigación ¿Identificar a través del estudio de los casos y controles los factores de riesgo de maltrato en el menor de diferentes partes de la Zona Norte del Estado de Guerrero?.

1.2 IMPORTANCIA DEL ESTUDIO

El impacto científico de esta investigación a fondo del maltrato, aumentará el conocimiento innovador de lo que hasta el momento se conoce de factores que determinan el problema, además de conocer el riesgo, la incidencia y prevalencia del abuso físico, sexual y psicológico, que sufren los niños y las niñas por su situación de vulnerabilidad y desamparo, al convivir con adultos abusivos son presas fáciles de cualquier maltrato o “accidente”, donde la familia muchas veces conociendo la verdad, la callan u ocultan. La generación del conocimiento en este rubro hará reflexionar a la sociedad y a las autoridades para hacer los cambios de actitudes que deben realizarse para contrarrestar este gran problema de salud pública.

La importancia social de la investigación será en la medida en que se analice a través del estudio epidemiológico que afecta la salud física, psicológica y social de los menores maltratados y el de conocer a los culpables, será posible redefinir el concepto del maltrato por la sociedad, quienes son los cómplices por aceptar la “disciplina” con golpes y lesiones al pequeño o adolescente, pues es tradicional el ajuste de cuentas en el interior de las familias y por consiguiente la huída del hogar en algunos casos. Será de gran impacto estudiar el terreno de la “gente normal”, su manera y estilo de vida en el trato cotidiano a los hijos o hijastros que muchas veces viven en un infierno. La generación del conocimiento hará que las autoridades presten atención a este asunto y realicen alternativas de solución para mejorar el destino de la niñez guerrerense.

La investigación del Maltrato Infantil dará la pauta para implementar acciones en nuestra área profesional para prevenir y promover estilos de vida que garanticen una mejor calidad de vida a la población infantil, así como la importancia de implementar en los planes de estudio de las carreras del área de la salud, programas de Salud Pública en contra de la violencia intrafamiliar; esto para ayudar y reducir los índices de maltrato infantil, desarrollando una nueva cultura para difundir o promover los valores como son el amor, respeto, protección, tener derecho a la salud, educación, nutrición, y vestido para tener un desarrollo integral, para lo cual se requiere implementar la educación para padres para prevenir y/o control de la violencia en los menores.

La presente investigación será una contribución a las autoridades y a las familias de la sociedad para que tengan elementos de análisis y reflexión acerca de esta problemática casi inexplicablemente oculta, que lesiona de manera definitiva la salud de los menores que tienen la mala fortuna de convivir con elementos nocivos en su contexto familiar.

Ante esta situación los profesionales de enfermería tienen una gran responsabilidad y por lo tanto deben alertar y prevenir a la sociedad sobre la gravedad de las consecuencias de la violencia en todas sus formas, sobre el desarrollo psicológico, físico y social de los niños.

1.3 OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL.

- Establecer la relación de los factores de riesgo sociales y culturales que influyen en el maltrato al menor.

OBJETIVOS ESPECIFICOS.

- Identificar los factores de riesgo físicos, psicológicos y de abuso sexual, que influyen en el maltrato al menor.
- Conocer los tipos de maltrato que se implementan en los menores.
- Conocer a los agresores del menor para identificar a la población violenta.

1.4 HIPÓTESIS

HO. Los problemas sociales y culturales no son factores de riesgo del maltrato al menor.

HA Los problemas sociales y culturales son factores de riesgo del maltrato al menor.

II. REVISIÓN DE LA LITERATURA.

Loredo (2004), hace referencia que el fenómeno de la violencia en el menor ha tenido un desarrollo muy variable en la historia de la humanidad, aunque no siempre en el contexto que se acepta actualmente; sin embargo, su franco reconocimiento durante la segunda mitad del siglo XX en numerosas partes del mundo ha generado su consideración como un problema de salud pública mundial por parte de la Organización Mundial de la Salud (OMS).

El maltrato es, sin duda, el problema a vencer en el milenio que inexorablemente se acerca, ya que constituye una pandemia que, con probabilidad, continuará azotando a la humanidad y siendo una noticia no grata en la cotidianidad de la salud pública de los países y es una enfermedad social que ha generado más niños víctimas no fatales que todas las enfermedades juntas desde que el mundo es mundo (Baeza et al., 2003).

2.1 Antecedentes históricos.

Castillo (2006), menciona que diversos historiadores coinciden en señalar que durante siglos los niños fueron criaturas muy susceptibles al abuso parenteral e incluso medidas más drásticas aún. Durante siglos los niños eran vistos como propiedad de los padres o del estado, por ejemplo la ley romana le adjudicaba pleno poder al padre sobre el destino de su hijo: este podía matarlos, venderlos u ofrecerlos en sacrificios. El infanticidio era muy común y rutinario en países tales como Egipto, Grecia, Roma, Arabia y China.

Este mismo autor refiere que en la edad media en Europa la pobreza era tal que los padres abandonaban o mutilaban al menor. Durante la revolución industrial, los niños de padres que provenían de estratos bajos de la sociedad,

solían ser obligados a trabajar en tareas pesadas y frecuentemente eran golpeados, no se les daba de comer o se le sumergía en barriles de agua fría como castigo de no trabajar con más rapidez y afán. A finales del siglo XVIII comienzan ligeros cambios que conducen al reconocimiento de los daños psicológicos de este tipo de abuso. En 1959 se establece la declaración de los derechos del niño y en 1989 la convención de los derechos del niño, dichas normas recogen los principios mínimos que deben ser garantizados a las personas menores de 18 años.

Así la preocupación por los derechos del niño trasciende en los últimos años en una preocupación internacional. En 1962 la temática del maltrato infantil comenzó a ser estudiado de manera sistemática, Kempe y colaboradores delinearon las características clínicas y las repercusiones de lo que ellos llamaron “el síndrome del niño maltratado”. A partir de esto se inicia la investigación rigurosa de uno de los tipos de abuso más repulsivos y frecuentes que se da dentro del hogar. Actualmente el maltrato infantil constituye un tema de interés creciente, lo que ha motivado el surgimiento de diversas iniciativas en ámbitos diversos, como son aspectos legales, sociales, médicos-asistenciales y psicológicos (Castillo, 2006).

Este mismo autor, refiere que actualmente las estadísticas acerca del maltrato al menor son alarmantes, se estima que cientos de miles de niños han recibido abuso y maltrato a manos de sus padres o parientes. Miles mueren, los que sobreviven el abuso, viven marcados por el trauma emocional que perdura por mucho tiempo ó por toda la vida.

2.2 Datos epidemiológicos.

Por el predominio y carga del sufrimiento del menor, el maltrato es una clara epidemia de salud pública y un impedimento para la promoción de la salud,

creación de riqueza, derechos infantiles, conservación de la familia, igualdad de géneros y prosperidad. La International Society for the Prevention of Child Abuse and Neglect (Sociedad Internacional para la prevención de Abuso y Abandono Infantil) efectúa en la actualidad un estudio de incidencia global de maltrato. Estados Unidos recopila estadísticas oficiales en la dependencia de atención al menor, así como de fuentes profesionales de reportes (Wekerle et tal., 2007).

Loredo (2004), menciona que en Estados Unidos el maltrato es un factor tan importante en la tasa de morbilidad infantil, que constituye la segunda causa de muerte entre los menores de cinco años de edad, con exclusión de los niños en período neonatal, alrededor de 10% de las consultas en salas de urgencias. En 1997 se reportaron 3 000 000 de casos como consecuencia de maltrato y negligencia, 984 000 casos fueron confirmados. Wekerle, et al. (2007), refiere que las tasas comprobadas en estados unidos son de aproximadamente de 12/1000 menores y las tasas canadienses recientes de cerca de 22/1000 menores, estos datos son del año 2003. Además las estadísticas en Canadá muestran las tasas más altas por delitos sexuales en niñas cuyas edades varían de 11 a 14 años y la edad más común es de 13 años (165 por cada 100 000 niñas).

LA mortalidad en Estados Unidos en 1997 se registró 967 muertes intencionales. En Australia se ha reportado que el 2.9% de niños fallece como consecuencia de lesiones no accidentales, En Praga y Republica Checa en el período de 1964-88 se notificaron 75 casos de muerte infantil secundarios a violencia. De 1990-93 en París, Francia se registraron un total de 81 casos de homicidio en niñas menores de 14 años. Por su parte Nueva Zelanda registró 92 fallecimientos en niños agredidos (Loredo et al., 2004).

2.3 Maltrato al menor.

El Centro Internacional de la Infancia de París define el maltrato al menor de manera más amplia como: cualquier acto u omisión realizado por el individuo, por instituciones o por la sociedad en su conjunto y todos los estados derivados de estos actos o de su ausencia que priven a los niños de su libertad o de sus derechos correspondientes y/o que definen su óptimo desarrollo (Olamendi, 2003).

Loredo (2004), menciona que La Organización de las Naciones Unidas (ONU) define al maltrato como: toda forma de violencia, perjuicio o abuso físico y mental, descuido o trato negligente, malos tratos o explotación, mientras que el niño se encuentra bajo la custodia de sus padres, de un tutor, o de cualquier otra persona que lo tenga a su cargo”.

Este autor refiere que la UNICEF, entiende a los menores víctimas del maltrato y el abandono como aquel segmento de la población conformado por niños, niñas y jóvenes hasta los 18 años que “sufren ocasional o habitualmente actos de violencia física, sexual o emocional, sea en el grupo familiar o en las instituciones sociales”. El maltrato puede ser ejecutado por omisión, supresión o transgresión de los derechos individuales y colectivos e incluye el abandono completo o parcial.

El Sistema de Protección y Desarrollo Integral de la Familia (DIF). “Un maltrato en el sentido amplio de la palabra donde se involucra no sólo la agresión física, sexual o psicológica, sino también la falta de atención a sus necesidades vitales como son la alimentación, respuesta a sus dolores cuando enferma o al cuidado de su aseo y otras más” (Loredo, 2004).

El mismo autor menciona que en la Clínica de atención Integral del Niño Maltratado del Instituto nacional de Pediatría definen el maltrato al menor como “Toda agresión u omisión intencional dentro o fuera del hogar contra un menor

(es), antes o después de nacer y que afecte su integridad biopsicosocial, realizada habitual u ocasionalmente por una persona, institución o sociedad, en función de su superioridad física y/o intelectual”.

El maltrato al menor se define como una enfermedad social, cuyo único blanco es el niño, y está constituido por un grupo de condiciones que altera el equilibrio biológico, psicológico y social de un individuo en crecimiento y desarrollo como consecuencia de un acto voluntario, violento o no, infligido por alguien que se ha encargado o se debe encargar de su manutención y cuidado (Baeza et al., 2003).

2.4 Causas e incidencia.

La Comunidad Virtual de Cuidados intensivos Pediátricos y Urgencias (2004), refiere que el maltrato tiende a ocurrir en situaciones de gran estrés, que hacen que toda la furia de la persona recaiga en el niño. Muchos de quienes cometen maltrato tienen antecedentes de haber sufrido el mismo tipo de agresión durante su infancia y a menudo no tienen conciencia de que el maltrato no es la forma apropiada de disciplina. Las personas que maltratan, a menudo, también tienen muy poca capacidad de controlar sus impulsos, lo cual impide que piensen en las consecuencias de sus actos. Dado que los adultos son mucho más fuerte y grandes que los niños, estos últimos pueden sufrir graves lesiones o pueden incluso resultar muertos involuntariamente. Desgraciadamente, la tasa de maltrato infantil es bastante alta y la forma más común es el abandono. El maltrato infantil es responsable de al menos 1400 muertes de niños cada año.

Los mayores factores de riesgo relacionados con las personas que infligen el maltrato incluyen pobreza, falta de educación, ser padre o madre soltera, el alcoholismo y el consumo excesivo de otras drogas. Por consiguiente los factores de riesgo, son circunstancias que pueden favorecer que se produzcan

agresiones sobre el menor. Su producción hay que verla como consecuencia de la disfunción en el contexto padres-niños-ambiente, y como resultado de unos rasgos patológicos de personalidad parental, stress ambiental o características del menor. que exista un riesgo elevado en la aparición del maltrato. No obstante, hay muchas familias que a pesar de coexistir con varios factores de riesgo mantienen una buena relación con sus hijos (Comunidad Virtual de Cuidados intensivos Pediátricos y Urgencias, 2004).

2.5 Tipos de maltrato.

El fenómeno del Síndrome del Maltrato al Menor (SNM) es una enfermedad de rezago que a nivel mundial se ha hecho más evidente, por múltiples razones a partir de la segunda mitad del siglo XX. Por ello, la Organización Mundial de la salud no ha dudado en considerarlo un problema de salud pública mundial (Loredo et al., 2004).

2.5.1 Maltrato físico.

Este fenómeno en 1980 se presentaba aproximadamente de 10 a 15 casos nuevos por año; en los últimos 10 años se ha registrado una frecuencia anual de 25 a 35 casos nuevos. En las instituciones de salud de segundo y tercer nivel de atención es la más frecuente y corresponde al 55% de los casos (Loredo et al., 2004).

Olamendi (2003), conceptualiza al maltrato físico como toda acción u omisión no accidental de los padres o personas encargadas de cuidar al niño (o de quienes, por la actividad que desarrollan, están obligadas a convivir con él), que le provoque daño en su integridad física, enfermedades o secuelas de cualquier índole.

Es el daño físico (puede ser desde moretones pequeños hasta fracturas graves o muerte) como resultado de puñetazos, golpizas, patadas, sacudidas, tiradas, puñaladas, asfixia, golpes (con una mano, palo, cinturón u otro objeto), quemaduras, o alguna otra manera de maltrato a un niño. Tal daño es considerado como abuso sin importar si la persona encargada del cuidado del niño tuvo la intención o no de hacerle daño al niño (National Clearinghouse on Child Abuse and Neglect, 2005).

Osorio (2005), menciona que en los niños maltratados se observa frecuentemente la presencia de hemorragias cutáneas y subcutáneas en diferentes etapas de recuperación, sobre todo en cara y nalgas, pudiendo presentarse también en antebrazos, como consecuencia de actitudes defensivas del niño. También se observa excoriaciones, en ocasiones heridas sobreinfectadas, alopecia y quemaduras; nariz tumefacta, aplanada, dientes rotos, desgarres de encías ocasionados por la introducción brutal de biberones o chupones. Las fracturas se presentan repetidamente, y en ocasiones en forma múltiple, en costilla, huesos largos y cráneo.

Las lesiones cerebromeningeas pueden ser derrames subdurales, las cuales se manifiestan en convulsiones, parálisis ligeras o incompletas llamadas paresias, vómito, como, parálisis oculares, hemorragias retinianas, tensión del espacio no osificado del cráneo del niño y aumento del perímetro craneano. Otras lesiones características del maltrato a los menores son las viscerales: rotura de bazo, hígado, riñón y entallamiento en general. Esta modalidad de maltrato abarca conductas que van desde la sujeción hasta el homicidio (Osorio, 2005).

Este autor, refiere que generalmente el menor maltratado presenta un aspecto triste, indiferente, temeroso o asustadizo y descuidado; es notorio su mal estado general, como consecuencia de traumatismos y negligencias, tanto afectivas como alimentarias. Muestran trastornos de conducta tales como micción involuntaria o enuresis, debilidad mental, encefalopatías y anemias agudas.

2.5.2 Maltrato psicológico.

Olamendi (2003), menciona que el maltrato psicológico es la forma de violencia más recurrente: comprende aquellos actos de cualquier miembro adulto del grupo familiar (o de cualquier otro) que tienden a la hostilidad verbal crónica, ya sea mediante el insulto, la burla, el desprecio o la amenaza de abandono, y al constante bloqueo de las iniciativas de interacción del menor. Esta modalidad de violencia puede adoptar gran variedad de expresiones y combinaciones, las cuales incluyen intimidación, devaluación, amenaza, abandono, negligencia, descuido reiterado y marginación; también se presenta en situaciones extremas como celotipia, crítica constante o comparaciones destructivas.

Este mismo autor refiere que las agresiones permanentes que engloba esta categoría se manifiestan específicamente en actitudes que generan devaluación (pérdida de la autoestima): se compara al niño o niña en forma negativa; se le considera inferior, incapaz y torpe; se le ridiculiza y humilla frente a otros; se le ignora y menosprecia; se le niegan satisfactores personales, materiales u otros básicos, o se le limitan o niegan apoyos emocionales y afectos. Asimismo, se somete al menor a la indiferencia, el rechazo, la desaprobación y la intimidación permanente (miedo y magnificación del agresor); se le amenaza con causarle daño, con la pérdida de un ser querido o con la privación de bienes básicos (casa, alimentos, dinero, escuela), y en general, se busca provocarle un estado de indefensión total.

Estas actitudes propician el descontrol emocional de los menores, ya que se les obliga, mediante amenazas y abusos de poder, a realizar, permitir o presenciar actos no deseados o denigrantes; asimismo, se les impone un ambiente de terror permanente que hace dudar de su realidad y de su entorno y produce mecanismos de defensa contra esa realidad que van desde mostrar una completa sumisión hasta enfrentar la problemática en forma directa, con los riesgos que ello implica. El maltrato psicológico es un medio para restringir la

libertad de acción de los menores, con el que se busca menguar su toma de decisiones o aprendizaje; por ello es frecuente que fomente el aislamiento con prohibiciones de participación en eventos o distracciones en las actividades escolares (Olamendi, 2003).

Gómez, et al. (2004), refiere que el maltrato psicológico tiene serias implicaciones para la salud mental del niño como son las siguientes: inhabilidad para aprender y para mantener relaciones interpersonales satisfactorias, conductas y sentimientos inapropiados, sentimientos de infelicidad y depresión, problemas del habla (tartamudeo), trastornos en la alimentación, movimientos rítmicos repetitivos, agresividad, aspecto retraído, tendencias destructivas o autodestructivas, sumisión, insomnio, pesadillas, aislamiento, bajo autoestima, comportamiento regresivo (se orina en la cama o en la ropa; se chupa el dedo).

2.5.3 Maltrato emocional.

Es la respuesta emocional inapropiada, repetitiva por parte del adulto, que es causa de dolor emocional (miedo, humillación, ansiedad, desesperación, etc.) en el menor, ocasionando deterioro de la habilidad para percibir, comprender, regular, modular, experimentar y expresar apropiadamente las emociones, produciendo efectos adversos graves en su desarrollo y vida social (Gómez, et al., 2004).

Implica un ataque al sentido del yo del menor, con actos u omisiones por parte de los padres o tutores que causen o puedan causar, trastornos conductuales, cognitivos, emocionales o mentales graves. El abuso emocional abarca amenazas verbales hacia el menor, así como, por costumbre, culparlo de todo sin razón, explotarlo y exigirle algo irrazonable. A menudo esto forma parte de un patrón de estrés familiar y cuidados inadecuados y con frecuencia coexiste con otros tipos de abuso (Wekerle et tal., 2007).

3.5.4 Abuso sexual.

El abuso sexual (AS) en los niños es una forma de maltrato al menor de impacto mundial. En la Academia Estadounidense de Pediatría reporta que durante 1996 tres millones de denuncias de posible maltrato a niños, se corroboró su presencia en un millón de los casos, y 9% de ellos, es decir 90 000 niños correspondió a víctimas de abuso sexual; en España cerca de 19% entrevistados aceptaron haber sufrido AS antes de cumplir los 18 años de edad; la frecuencia del fenómeno no es precisa en México. En la Clínica de Atención Integral al Niño maltratado del Instituto Nacional de Pediatría 14% de los niños sufre de abuso sexual (Perea, et al., 2004).

Por otra parte, algunas instituciones gubernamentales registran hasta 17 000 casos de abuso sexual a menores de edad. También en México, cada año nacen en promedio dos y medio millones de niños, de los cuales cerca de 20% son hijos de madres solteras adolescentes. En este grupo de edad se estima que 8% a 9% de los embarazos derivan de abuso sexual, lo que constituiría 41 000 casos más de este fenómeno cada año. Cabe mencionar que este tipo de maltrato es del que menos se había hablado en el ambiente social y legal, a pesar de su elevada frecuencia (Perea, et al., 2004).

Finkelhor (2005), menciona que el abuso sexual de los niños es un fenómeno bastante conocido para el trabajador de protección infantil y con frecuencia se han descrito en los periódicos espeluznantes reportes sobre pedófilos y otros ofensores sexuales. En los últimos años han aparecido historias sobre círculos de prostitución infantil que involucran más que nada a niños. Sin embargo, entre los casos de abuso sexual reportados siempre han predominado los casos en las niñas por un amplio margen.

El abuso sexual consiste en aquellos actos sexuales que, sin el propósito de llegar a la cópula, se realiza contra los menores; pueden manifestarse, entre

otro, en tocamiento, acercamientos no deseados y roces, o en forzar a los menores a realizar dichos actos sin desearlos. El maltrato sexual también incluye al estupro, que consiste en tener cópula con una persona mayor de 12 años y menor de 18 años de edad, tras obtener su consentimiento por medio del engaño (como se considera menor a una persona que no haya cumplido los 18 años de edad, esta es una forma de violación sexual). Esta categoría comprende asimismo la violación, que consiste en copular con una persona de cualquier sexo, menor de 18 años de edad, mediante la utilización de violencia física o moral (Díaz y Casado, 2003).

La Clínica de atención Integral al Niño Maltratado, definen al abuso sexual como “una interacción sexual que puede o no ser física, entre un niño y un individuo de una edad mayor, quien lo utiliza en forma violenta, con engaños o seducción para su estimulación sexual, la del menor o la de otro (s)” (Perea et al., 2004).

Establecer un cuadro clínico del maltrato al menor es laborioso y en muchas ocasiones complejo. Las lesiones por abuso sexual son las siguientes:

1. Lesiones del área genital y anal. La presencia de desgarro, heridas, pérdida del himen y dilatación del introito vaginal, secreciones y daño por infecciones de transmisión sexual, dilatación anal, pérdida del tono del esfínter anal y desgarros.
2. Lesiones extragenitales. Cicatrices, hematomas y deformidades.
3. Conductas sexuales. Masturbación excesiva, interacción sexual con iguales, agresiones sexuales a otros niños más pequeños, conductas sexuales con adultos y conductas seductivas.
4. Conocimientos sexuales del menor (eyaculación, erección, penetración, conoce el sabor o color del semen).
5. Afirmaciones sexuales. Afirma que fue víctima de una penetración, manipulación o de hostigamiento.

6. Desordenes funcionales. Como los trastornos del sueño, eneuresis, y trastornos del apetito.
7. Problemas emocionales. Incluye depresión, ansiedad, retraimiento, fantasías, conductas de regresión, falta de control emocional y fobias.
8. Problemas del desarrollo cognoscitivo. Como retraso del lenguaje, déficit de atención y bajo rendimiento académico (Perea et al., 2004).

2.5.5 El abandono o negligencia.

Ocurre cuando los padres o tutores del menor no proporcionan los requisitos esenciales para su desarrollo emocional, psicológico y físico. El abandono físico se da cuando no se satisfacen de forma adecuada las necesidades del menor respecto de su alimentación, vestido, refugio, limpieza, cuidados médicos y protección. El abandono emocional se presenta cuando no se satisface la necesidad del menor de ser amado, querido, de sentirse seguro y valioso. El abandono emocional va desde la indisponibilidad hasta el rechazo abierto (Wekerle et tal., 2007).

2.6 Factores de riesgo.

Mateos (2003), lo define como una característica o circunstancia detectable en los individuos o grupos, relacionada con una probabilidad incrementada de experimentar un daño a la salud, la cual puede ser de utilidad, cuando se identifica, para definir las estrategias de intervención con un criterio preventivo.

2.6.1 Factores de riesgo del maltrato físico.

Sauceda y Maldonado (2004), describen los factores del niño y del adulto, siendo estos:

Factores del niño.

1. Ser portador de algún defecto físico y/o deficiencia mental.
2. Ser producto de embarazo no deseado ni planeado.
3. Tener un temperamento muy difícil (llorar mucho, hacer berrinches frecuentemente).
4. Niño con hiperactividad o dificultades de regulación y autoinhibición.
5. Ser del sexo diferente al esperado por los padres.

Factores del adulto.

1. Adulto frustrado incapaz de controlar sus emociones.
2. Cansancio.
3. Problemas con la pareja y de comunicación con el resto de la familia.
4. Inexperiencia o falta de preparación en el ejercicio de la paternidad responsable.
5. Desintegración familiar.
6. Traumas del adulto maltratado en su niñez.

2.6.2 Factores de riesgo del maltrato psicológico.

1. Los padres que maltrata o abusa de sus hijos padeció en su infancia falta de afecto y maltrato infantil (baja autoestima).
2. Insuficiente maduración psicológica para asumir responsabilidad de criar.
3. Poca iniciativa de las madres para jugar con el niño y proporcionan menos enseñanza verbal.
4. Califican al menor como difíciles o rebeldes.

5. Rechaza e ignora al menor.
6. Amenazan al menor con abandonarlo.
7. Describir al niño como malo y tratarlo como un objeto.
8. Tener valores y códigos morales rígidos y restrictivos (Gómez, et al., 2004).

2.6.3 Factores de riesgo del abuso sexual.

1. Niñas más frecuentemente que varones.
2. Preadolescentes o adolescentes jóvenes.
3. Tener padrastro o convivir con él.
4. No vivir con los padres biológicos.
5. Tener una madre con daño psicológico.
6. Habitar en un hogar donde presencie riñas.
7. Convivir con drogadictos o alcohólicos.
8. Asistir a la guardería (Perea et al., 2004).

2.6.4 Factores de riesgo sociales.

1. Problemas económicos.
2. Falta de espacio para su recreación para todos los miembros de la familia.
3. Ambiente hostil en el hogar.
4. Ocupación del padre.
5. Estado civil de los padres.
6. Problemas conyugales.
7. Alcoholismo o uso de alguna droga.
8. Los padres que enfrentan mayor número de estresores psicosociales están en mayor riesgo.
9. Aislamiento social de los padres y no tienen quien les ayude a cuidar a sus hijos (Sauceda y Maldonado, 2004).

2.6.5 Factores de riesgo culturales.

1. Nivel de escolaridad de los padres o personas que están a cargo del menor.
2. En cualquier extracto socioeconómico se puede presentar el maltrato al menor, sin embargo en las familias pobres donde hay hacinamiento, pobreza, pocos lugares de recreación que no cuesten dinero suele favorecer actitudes de crianza agresiva (Sauceda y Maldonado, 2004).

2.7 Tratamiento.

Por la amplia variedad de síntomas psicológicos y conductuales asociados que presentan las víctimas de maltrato al menor, es necesario efectuar una evaluación completa antes de iniciar el tratamiento. Su propósito es proporcionar a los menores las habilidades necesarias para entender su experiencia de abuso, afrontar sus reacciones e interactuar de adecuadamente con los demás. El tratamiento debe enfocarse no sólo en el alivio de los síntomas y el mejoramiento de los comportamientos, sino también debe procurar la prevención de cualquier riesgo de abuso futuro (Wekerle et al., 2007).

Loredo y Perea (2004), refieren que el manejo de estos niños debe de ser multidisciplinario, lo que implica la conformación de un equipo de trabajo que incluya médicos, pediatras, psiquiatras y psicólogos, trabajadores sociales y abogados para proporcionar un tratamiento adecuado.

2.8 Prevención del maltrato al menor.

Constituye una tarea primordial mejorar la actuación sobre los factores de riesgo que predisponen la violencia. La Organización Mundial de la salud en la prevención primaria recomienda focalizar la atención en los niños y jóvenes,

mediante el desarrollo de programas escolares y sociales, el cuidado de la embarazada y su atención esmerada desde el propio momento de la concepción; garantizar su asistencia a consultas e interconsultas especializadas, su educación y orientación sobre formas de violencia, consecuencias y prevención, capacitarlas en materia de crianza de los hijos y darles un cuidado prenatal integral (Calzada, 2004).

Esta misma autora menciona que es necesario enfocar el trabajo preventivo en los adultos violentos para disminuir los índices de maltrato al menor y de esta manera apoyar a los menores en su desarrollo personal. En el seno familiar es donde los jóvenes aprenden la violencia y se requiere, por consiguiente de un refuerzo educativo dirigido a los progenitores o de las personas encargado del cuidado del menor para desarrollar en ellos los valores sustanciales para disminuir el maltrato, además es importante compartir responsabilidades en el interior de la familia y mantener una comunicación estrecha con la finalidad de cimentar una firme confianza en todo los miembros de ella, convivir más tiempo con la familia y fomentar las actividades recreativas para todos sus integrantes, tener en cuenta la edad de los niños, sus necesidades e intereses para construir un ambiente de respeto y tolerancia dentro del hogar.

III. METODOLOGÍA.

3.1. Diseño Metodológico.

El trabajo de investigación se llevó a cabo tomando en cuenta un diseño epidemiológico observacional, retrospectivo y prospectivo de casos y controles de tipo cuantitativo y descriptivo (Gómez y Ardila, 2005).

3.2 Universo y muestra

La población del estudio se seleccionó al azar los niños maltratados que representan a los casos y se obtuvieron 60 menores de 8 a 16 años de edad que sufren las consecuencias del maltrato en sus hogares, estos niños egresaron del Centro Multidisciplinario de Desarrollo Juvenil del Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia del Estado de Guerrero con sede en Taxco, Guerrero. Para los controles se eligió la Escuela Primaria del Estado “Francisco Figueroa” del Barrio de Bermeja y la Escuela Primaria Federal “Hermenegildo Galeana” del Barrio de Arroyo de Taxco, Guerrero, se obtuvieron 180 niños (controles) una muestra de tres controles por cada caso para mejorar el poder del estudio aumentando el número de controles (Ardila et-al., 2001) mediante la técnica de selección al azar (aleatoria simple), es decir, que todos los elementos de la población tuvieron la misma probabilidad de ser elegidos y deben tener de 8 a 16 años de edad y ser de un barrio marginado de similares condiciones socioeconómicas a los casos, como es las orillas del Barrio de Bermeja y Arroyo.

Criterios de selección:

Criterios de inclusión.

Grupo de casos:

1. Que los menores en su mayoría hayan vivido y tengan la experiencia del maltrato por parte de la familia o tutores.

2. Los menores hayan abandonado el hogar o hubieran sido expulsados (corridos) de su casa u obligados por las circunstancias de violencia (niños de la calle).
3. Edad: se contemplará desde los 8 a los 16 años de edad.
4. Sexo: ambos sexos.

Grupo control: se seleccionó con menores que tuvieron las mismas características de la base del estudio y de las mismas condiciones socioeconómicas, de tal manera que representen a la población donde se generalizarán los resultados.

Criterios de exclusión.

Los menores que no acepten participar en el estudio y niños menores de 3 a 7 años de edad.

Criterios de eliminación.

Cuestionarios incompletos

3.3 Material y método.

Instrumento: Fue dirigida para obtener información sobre los factores de riesgo del maltrato al menor, el cuál fue estructurado en cinco apartados conteniendo 49 preguntas cerradas y una abierta y una breve introducción de la finalidad del estudio. En el primer apartado a través de 4 reactivos se obtienen datos personales de menor en estudio, para proteger su privacidad no se manejaron nombres.

En el segundo apartado se utilizó 20 reactivos cerrados y un abierto para identificar los factores de riesgo sociales del niño, se obtuvo información en relación a como lo tratan en su casa, tipo de maltrato que sufre, ocupación del padre, estado civil de sus padres, nivel económico, si trabaja el menor, actividades

que realiza en el hogar, si lo atienden cuando esta enfermo, adicciones de los padres, como lo tratan sus padres, si sus padres tienen problemas, si le pegaban a su papá o mamá en su infancia y si ha dejado de asistir a la escuela por un período largo.

En el tercer apartado consta de 7 reactivos cerrados para identificar los factores físicos, se solicito información acerca de quien lo maltrata ó golpea, objeto con el que se lleva acabo el maltrato, parte del cuerpo que lo golpean, consecuencia que ha tenido las lesiones, como actúan los padres o personas que lo cuidan cuando hacen algo que les molesta, porque lo golpean.

En el cuarto apartado por medio de 15 reactivos cerrados se obtuvo información acerca de los factores psicológicos que ponen en riesgo a los menores, como si te lastiman fácilmente en tus sentimientos y llora co facilidad, confianza en sí mismo, si sus padres se preocupan por él, ha pensado en suicidarte o lastimarse, los padres lo sobreprotegen, como lo cuidan las personas responsables de su cuidado, tipo de maltrato, lo castigan, sentimientos negativos hacia el castigo recibido, relación afectiva co el padre y la madre, intentado tocar su cuerpo, te amenazan para que no lo digas, se orina en la cama.

En el quinto apartado a través de 4 reactivos cerrados se obtuvo información sobre los indicadores de riesgo cultural como son la escolaridad de los padres, como afrontan sus padres los conflictos conyugales, atención de la alimentación antes de asistir a la escuela.

Trabajo de campo: Se programaron entrevistas previas con los responsables de las instituciones y de los padres de familia para obtener su aprobación y colaboración, así como se observó la ética y la confiabilidad de las respuestas sobre las causas de abandono del hogar y sobre el maltrato que se ejerció sobre ellos. El cuestionario fue perfeccionado a través de la validación de una prueba piloto, aplicado a 28 menores detectando si los niños comprendieron

la pregunta y si existieron errores realizando los ajustes necesarios, posteriormente se volvió aplicar la encuesta al mes para validar nuevamente la pertinencia del mismo y poder aplicarla al universo de trabajo. Se realizó el estudio piloto en el grupo de tercer año del Barrio de Bermeja para validar el instrumento, los cuales se eliminaron en la aplicación de la encuesta general.

Reclutamiento y capacitación a personal de apoyo. Se solicitó el apoyo de 20 estudiantes del séptimo semestre de Licenciatura en Enfermería que cuentan con los conocimientos elementales de investigación, como encuestadoras para las dos escuelas los participantes, fueron capacitadas por la investigadora sobre los aspectos generales y específicos de la recolección de datos. La capacitación se realizó en la Unidad Académica de Enfermería No. 4 de la Universidad Autónoma de Guerrero.

La recolección de los datos de los niños (controles) se realizó en las escuelas del barrio de Bermeja y Arroyo, los menores (casos) que sufren las consecuencias del maltrato en sus hogares, estos niños egresaron del Centro Multidisciplinario de Desarrollo Juvenil del Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia del Estado de Guerrero con sede en Taxco, Guerrero. La investigadora y las estudiantes aplicaron la encuesta de manera individual, se les explicó el propósito del estudio y aceptaron participar dando su consentimiento de manera verbal, posteriormente contestaron las preguntas del apartado I, II, III, IV y V sin presiones de los adultos, siendo más real las vivencias experimentadas para identificar los factores de riesgo del maltrato al menor.

3.4. Análisis de los datos.

De acuerdo a las variables consideradas se contempló realizar el siguiente plan de análisis:

Para identificar los factores de riesgo se utilizaron modelos matemáticos como estadística inferencial, con el intervalo de confianza del 95%, Razón de Momios, Chi cuadrada, media y desviación estándar. Los resultados obtenidos en el estudio, se presentaron en cuadros, se utilizó el Paquete Estadístico para las Ciencias Sociales SPSS (Statistical Package for the Social Science) versión 12. Uso de la estadística inferencial para la prueba de hipótesis. Presentación de resultados con Word 2003.

3.5. Ética del estudio

Se consideraron los aspectos éticos según el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación (1987), de acuerdo al Título Segundo, Capítulo 1, Artículo 13, en el que establece que en toda investigación en la que el ser humano sea sujeto de estudio deberá de prevalecer el criterio de respeto a su dignidad, la protección a sus derechos y bienestar. De acuerdo con la fracción V, se obtuvo el consentimiento informado por escrito de los directores de las instituciones educativas y de los padres de familia para la implementación del cuestionario a los niños, posteriormente se les informó a los menores en que consistía el trabajo de investigación y aceptaron participar en el estudio de forma voluntaria, al igual que los niños egresados del Centro Multidisciplinario de desarrollo Juvenil del Sistema para el desarrollo Integral de la Familia de la región norte del estado de Guerrero con sede en Taxco, Guerrero.

IV. RESULTADOS Y DISCUSIÓN.

Los resultados observados y que se obtuvieron en la presente investigación fueron trascendentes y sobre todo significativos en la identificación de los factores de riesgo que determinan el maltrato al menor, ya que muestran la problemática socioeconómica, psicológica y cultural de la sociedad.

Descripción de la muestra

Fase Descriptiva.

Cuadro No. 4.1. **Distribución por edad y sexo en los menores estudiados.**

| Sexo | no casos | % | Caso | % | Total |
|-------------|-----------------|----------|-------------|----------|--------------|
| Femenino | 90 | 50 | 26 | 43.3 | 116 |
| Masculino | 90 | 50 | 34 | 56.7 | 124 |
| Total | 180 | 100 | 60 | 100 | 240 |

Fuente: Encuesta aplicado a menores de edad (casos y controles). Taxco, Gro. Mayo, 2007

La muestra fue compuesta por 240 menores, de los cuales un 48.33% fue constituido por mujeres y un 51.67% fueron varones. Con respecto a la edad el promedio de esta fue de 10.5 años de edad, con una desviación estándar de 1.92 años en el caso del grupo.

Cuadro No. 4.2. **Prueba de Chi cuadrada para sexo en los menores estudiados.**

| Prueba | Valor | GI | P |
|---------------|--------------|-----------|----------|
| Chi-cuadrado | 0.801 | 1 | 0.37 |

No se observaron diferencias entre sexos de los menores (casos y no casos) como se presenta en el cuadro No. 4.1y 4.2.

Cuadro No. 4.3. Distribución del nivel de escolaridad y presentación de maltrato en los menores estudiados.

| Escolaridad | no caso | % | caso | % | Total | % |
|-------------------------|----------------|------------|-------------|------------|--------------|------------|
| Segundo año de primaria | 19 | 10.5 | 7 | 11.6 | 26 | 10.83 |
| Tercer año de primaria | 46 | 25.5 | 3 | 5 | 49 | 20.41 |
| Cuarto año de primaria | 16 | 8.88 | 4 | 6.6 | 20 | 8.33 |
| Quinto año de primaria | 50 | 27.7 | 3 | 5 | 53 | 22.08 |
| Sexto año de primaria | 49 | 27.2 | 3 | 5 | 52 | 21.66 |
| Retrazo del aprendizaje | 0 | 0 | 5 | 8.33 | 5 | 2.08 |
| Analfabeta | 0 | 0 | 35 | 58.3 | 35 | 14.58 |
| Total | 180 | 100 | 60 | 100 | 240 | 100 |

Fuente: Encuesta aplicada a menores de edad (casos y controles) Taxco, Gro. Mayo, 2007

Cuadro No. 4.4 Prueba de Chi cuadrada para la escolaridad en los menores estudiados.

| Prueba | Valor | GI | P |
|---------------|--------------|-----------|----------|
| Chi-cuadrado | 150.4 | 6 | 0.000 |

De acuerdo al nivel de escolaridad se encontró que el 22.08 % tienen el quinto año de primaria, el 21.66% tienen el sexto año y el 14.58% de individuos son analfabetas. Así como fue posible observar el promedio de año escolar fue el cuarto año con una desviación estándar de 2.15.

En lo concerniente a la coincidencia de escolaridad y presencia de maltrato se observó que existió un predominante número de casos de maltrato en menores analfabetas p de 0.000 como puede observarse en las figuras 4.3 y 4.4

Fase Analítica.

Cuadro No. 4.5 Distribución de los factores de riesgo respecto de con quien vive el niño.

| Factor | No | % | Casos | % | RM | IC 95% | | P |
|----------------------|--------------|----------|--------------|----------|-----------|---------------|------------|----------|
| | Casos | | | | | Inf | Sup | |
| Madre | 29 | 16.1 | 14 | 23.33 | 1.5 | 0.73 | 3.43 | 0.20 |
| Padre | 5 | 2.7 | 8 | 13.1 | 5.38 | 1.51 | 19.94 | 0.001 |
| Ambos padres | 138 | 76.6 | 2 | 3.3 | 0.01 | 0.01 | 0.05 | 0.000 |
| Tíos (as) | 2 | 1.1 | 7 | 11.6 | 11.75 | 2.15 | 84.64 | 0.000 |
| Abuelos | 3 | 1.66 | 8 | 13.3 | 9.8 | 2.09 | 44.98 | 0.000 |
| Madre y Padrastro | 0 | 0 | 6 | 10 | 6.56 | 1.39 | 34.4 | 0.003 |

Fuente: Encuesta aplicada a menores de edad (casos y controles). Taxco, Gro. Mayo, 2007

Respecto de con quien vive el menor los tíos presentaron el más alto riesgo para ser niño maltratado, seguido de los abuelos , la conjunción de madre y padrastro, presentándose que la presencia de ambos padres es un factor protector para ser caso de maltrato.

La desintegración familiar provoca el maltrato al menor afectando su desarrollo humano y provoca que muchos de ellos abandonen su familia y se dediquen a vagabundear en las calles sean objeto de abuso físico y sexual.

Cuadro No. 4.6 Distribución de los factores de riesgo respecto del trato en casa.

| Factores sociales | | | | | | | | |
|---------------------------|--------------|----------|--------------|----------|-----------|---------------|------------|----------|
| Factor | No | % | Casos | % | RM | IC 95% | | P |
| | Casos | | | | | Inf | Sup | |
| Le pegan | 68 | 33.3 | 48 | 80 | 6.59 | 3.12 | 14.15 | 0.000 |
| Insultan | 3 | 1.6 | 6 | 10 | 6.56 | 1.39 | 34.4 | 0.003 |
| Te tratan con amor | 39 | 21.6 | 1 | 1.66 | 0.06 | 0.00 | 0.43 | 0.000 |
| Utilizan malas palabras | 6 | 3.3 | 2 | 3.3 | 1 | 0.14 | 5.16 | 1 |
| Pegan, insultan y ofenden | 3 | 1.6 | 2 | 3.3 | 0.23 | 0.23 | 15.44 | 0.43 |

Fuente: Encuesta aplicada a menores de edad (casos y controles). Taxco, Gro. Mayo, 2007

Los factores sociales respecto del trato en casa se observó los golpes e insultos (puede ser desde moretones pequeños hasta fracturas graves o muerte) como resultado de puñetazos, golpizas, patadas, sacudidas, tiradas, puñaladas, asfixia, golpes (con una mano, palo, cinturón u otro objeto), como los factores más importantes para maltrato físico al menor. La violencia verbal como son las burlas, poner sobrenombres y actitudes y comentarios como “no sirves para nada”, “eres un inútil”, “ya no te quiero”, etc., son agresiones que devalúan la imagen que el niño tiene de sí mismo.

En cuanto al tipo de maltrato se observo que el más frecuente fue el maltrato físico, con un 49.43% de los menores quienes lo presentaron, seguidos por la omisión de cuidados o abandono en un 34.87%, el maltrato psicológico en un 11.84% y finalmente el abuso sexual en un 3.55%.

El maltrato físico causa daño emocional y psicológico que perdura muchos años después de que las heridas han sanado y el abandono o desamparo

al menor se manifiesta en la falta de alimentación e higiene, atención emocional y falta de atención de necesidades médicas que requiere el menor.

Cuadro No. 4.7 Distribución de los factores de riesgo respecto del trabajo del padre.

| <i>Factor</i> | No | | Casos | | RM | IC 95% | | P |
|---------------|-------|-------|-------|-------|-------|--------|-------|-------|
| | Casos | % | Casos | % | | Inf | Sup | |
| Albañil | 29 | 16.11 | 2 | 3.33 | 0.18 | 0.03 | 0.81 | 0.000 |
| Campesino | 2 | 1.1 | 12 | 20 | 22.25 | 4.4 | 149.3 | 0.000 |
| Comerciante | 8 | 4.44 | 3 | 5 | 1.13 | 0.23 | 4.91 | 0.85 |
| Desempleado | 4 | 2.22 | 2 | 3.33 | 1.52 | 0.19 | 9.9 | 0.63 |
| Policía | 3 | 1.66 | 1 | 1.66 | 1 | 0 | 0 | 0 |
| No tiene papá | 2 | 1.1 | 20 | 33.33 | 44.5 | 9.45 | 287.7 | 0.000 |
| Falleció | 1 | 0.5 | 4 | 6.66 | 12.7 | 1.3 | 306.7 | 0.004 |

Fuente: Encuesta aplicada a menores de edad (casos y controles). Taxco, Gro. Mayo 2007

En la ocupación del padre, los riesgos más altos los obtuvieron los hijos que no tienen padres, seguidos por hijos de los campesinos. El nivel cultural de los padres o personas que están a cargo del menor es importante porque no saben como educar a los hijos y los tratan como a ellos los criaron, además la pobreza suele favorecer actitudes de crianza agresiva.

Cuadro No. 4.8 **Distribución de los factores de riesgo respecto del estado civil de los padres.**

| <i>Factor</i> | No | | Casos | | RM | IC 95% | | P |
|----------------------|--------------|----------|--------------|----------|-----------|---------------|------------|----------|
| | Casos | % | Casos | % | | Inf | Sup | |
| Casados | 124 | 68.88 | 11 | 6.1 | .10 | 0.05 | 0.22 | 0.000 |
| Unión libre | 24 | 13.33 | 4 | 6.6 | .46 | .13 | 1.5 | 0.016 |
| Finados | 2 | 1.11 | 4 | 6.6 | 6.36 | 0.97 | 51.48 | 0.01 |
| Separados | 19 | 10.5 | 5 | 8.3 | .77 | 0.24 | 2.3 | 0.61 |

Fuente: Encuesta aplicada a menores de edad (casos y controles). Taxco, Gro. Mayo, 2007

En lo respectivo al estado civil de los padres aquí solo se observó que cuando existe alguno de estos finado había riesgo de maltrato. Al no tener a la madre o padre los menores tienen un mayor riesgo de maltrato por parte del padrastro, madrastra, tíos o abuelos, quienes se hacen cargo del menor como tutores de ellos.

En relación a la distribución de la identidad del maltrato recibido por los menores, el principal agresor es la madre, en segundo lugar la agresión más frecuente después de la madre es ejercida por ambos padres y el tercer lugar está el padre. La violencia de la madre hacia los hijos es probablemente debido a que ellas viven en constante estrés ya que son las responsables de todas las actividades de la casa y se alteran fácilmente y agreden a sus hijos para descargar en ellos probablemente sus frustraciones y les provocan lesiones severas e incluso la muerte.

Cuadro No. 4.9 **Distribución de los factores de riesgo respecto del estado socioeconómico de la familia.**

| Factores sociales | | | | | | | | |
|--------------------------|--------------|----------|--------------|----------|-----------|---------------|------------|----------|
| | No | % | Casos | % | | IC 95% | | |
| Factor | Casos | | | | RM | Inf | Sup | P |
| Bajo | 32 | 17.7 | 58 | 96.6 | 134.13 | 29.8 | 838.3 | 0.000 |
| Alto | 17 | 9.44 | 2 | 3.3 | 0.48 | 0.07 | 2.38 | 0.34 |

Fuente: Encuesta aplicada a menores de edad (casos y controles). Taxco, Gro. Mayo, 2007

En cuanto al nivel socioeconómico de la familia fue posible demostrar riesgo en aquellos que pertenecían a una clase baja sin que pudiera demostrarse el estrato social alto como factor protector.

Cuadro No. 4.10 **Distribución de los factores de riesgo respecto del lugar donde lo pasa el niño fuera de casa.**

| Factores sociales | | | | | | | | |
|--------------------------|--------------|----------|--------------|----------|-----------|---------------|------------|----------|
| | No | % | Casos | % | | IC 95% | | |
| Factor | Casos | | | | RM | Inf | Sup | P |
| En la calle | 40 | 22.2 | 47 | 78.3 | 12.65 | 5.93 | 27.43 | 0.000 |
| Trabajando | 28 | 15.5 | 1 | 1.66 | 0.09 | 0.000 | 0.66 | 0.004 |
| No sales | 102 | 56.6 | 12 | 20 | 0.19 | 0.09 | 0.4 | 0.000 |

Fuente: Encuesta aplicada a menores de edad (casos y controles). Taxco, Gro. Mayo, 2007

En lo concerniente al tiempo que ocupa el menor fuera de casa, el pasarlo en la calle fue el único factor de riesgo encontrado ya que hay una mayor predisposición de presentarse el maltrato físico, psicológico y abuso sexual por parte de personas extrañas o de su misma familia como una forma de educarlos. o de castigarlos, así también el estar en casa o trabajando es un factor protector.

Cuadro No. 4.11 **Distribución de los factores de riesgo respecto la atención cuando este enferma.**

| Factor | Factores sociales | | | | RM | IC 95% | | P |
|-----------------------|--------------------------|----------|--------------|----------|-----------|---------------|------------|----------|
| | No Casos | % | Casos | % | | Inf | Sup | |
| Te llevan al médico | 148 | 82.2 | 3 | 5 | 0.01 | 0.00 | 0.04 | 0.000 |
| No te dan importancia | 3 | 1.66 | 34 | 56.6 | 77.15 | 20.5 | 341.21 | 0.000 |

Fuente: Encuesta aplicada a menores de edad (casos y controles). Taxco, Gro. Mayo, 2007

De acuerdo a la atención cuando enferma el menor fue en aquellos donde no se dio importancia al padecimiento donde se observó riesgo por la omisión de cuidados. Esto curre cuando los padres o tutores del menor no proporcionan los requisitos esenciales para su desarrollo emocional, psicológico y físico.

El abandono físico se da cuando no se satisfacen de forma adecuada las necesidades del menor respecto de su alimentación, vestido, refugio, limpieza, cuidados médicos y protección de tal manera que el llevarlo al doctor es un factor protector.

Cuadro No. 4.12 **Distribución de los factores de riesgo de acuerdo al comportamiento del padre cuando esta alcoholizado.**

| <i>Factor</i> | Factores sociales | | | | | | | |
|----------------------|--------------------------|----------|--------------|----------|-----------|---------------|------------|----------|
| | No | % | Casos | % | RM | IC 95% | | P |
| | Casos | | | | | Inf | Sup | |
| Tranquilo | 57 | 31.6 | 1 | 1.6 | 0.04 | 0.00 | 0.25 | 0.000 |
| Agresivo | 14 | 7.7 | 15 | 25 | 2.45 | 1.03 | 5.99 | 0.20 |
| No toma | 106 | 58.8 | 6 | 10 | 0.08 | 0.03 | 0.21 | 0.000 |

Fuente: Encuesta aplicada a menores de edad (casos y controles). Taxco, Gro. Mayo, 2007

La conducta que presenta el padre al estar alcoholizado es agresiva siendo un factor de riesgo para que se presente el maltrato al menor de acuerdo a lo observado. Ya que estos maltratan con mayor frecuencia a sus hijos causando un daño terrible a los suyos y a sí mismo; en comparación con los padres abstemio.

Cuadro No. 4.13 **Antecedente de consumo de drogas en el padre.**

| <i>Factor</i> | Factores sociales | | | | | | | |
|----------------------|--------------------------|----------|--------------|----------|-----------|---------------|------------|----------|
| | No | % | Casos | % | RM | IC 95% | | P |
| | Casos | | | | | Inf | Sup | |
| Si | 3 | 1.6 | 11 | 18.3 | 13.24 | 3.23 | 62.53 | 0.000 |
| No | 176 | 97.7 | 14 | 23.3 | 0.01 | 0.00 | 0.02 | 0.000 |

Fuente: Encuesta aplicada a menores de edad (casos y controles). Taxco, Gro. Mayo, 2007

Respecto al antecedente si el padre usa drogas observamos un riesgo ante la presencia de este antecedente y un factor protector cuando este no existe.

Cuadro No. 4.14 **Riesgo de pensamiento suicida en el menor.**

| <i>Factor</i> | Factores Psicológicos | | | | | | | |
|---------------|------------------------------|----------|--------------|----------|-----------|---------------|------------|----------|
| | No | % | Casos | % | RM | IC 95% | | P |
| | Casos | | | | | Inf | Sup | |
| Si | 10 | 5.5 | 20 | 33.3 | 8.5 | 3.45 | 21.31 | 0.000 |
| No | 166 | 92.2 | 40 | 66.6 | 0.17 | 0.07 | 0.039 | 0.000 |

Fuente: Encuesta aplicada a menores de edad (casos y controles). Taxco, Gro. Mayo, 2007

El riesgo de pensamiento suicida en el menor fue de riesgo. El maltrato psicológico tiene serias implicaciones para la salud mental del niño como son conductas y sentimientos inapropiados, sentimientos de infelicidad y depresión, que lo hacen pensar en buscar una salida que atenta contra su existencia al no tener una familia que lo ame y proteja.

Cuadro No. 4.15 **Cuidado de los padres al menor.**

| <i>Factor</i> | Factores Psicológicos | | | | | | | |
|---|------------------------------|----------|--------------|----------|-----------|---------------|------------|----------|
| | No | % | Casos | % | RM | IC 95% | | P |
| | Casos | | | | | Inf | Sup | |
| No se preocupan por tu higiene personal | 5 | 2.7 | 4 | 6.6 | 2.5 | 0.5 | 11.21 | 0.16 |
| Problemas físicos o necesidades médicas | 3 | 1.6 | 1 | 1.6 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| Es explotado, se le hace trabajar en exceso | 2 | 1.1 | 5 | 8.3 | 8.9 | 1.34 | 62.12 | 0.004 |
| No lo cuidan | 23 | 12.7 | 27 | 45 | 5.58 | 2.71 | 11.56 | 0.000 |

Fuente: Encuesta aplicada a menores de edad (casos y controles). Taxco, Gro. Mayo, 2007

En cuanto al cuidado de los padres o tutores se observó riesgo cuando este es explotado (se le hace trabajar en exceso) y al no cuidado de estos al

menor y. El abandono se da cuando no se satisfacen de forma adecuada las necesidades del menor respecto de su alimentación, vestido, limpieza, cuidados médicos y protección.

Cuadro No. 4.16 **Sentimientos expresados por los menores y su distribución de riesgo.**

| <i>Factor</i> | Factores Psicológicos | | | | RM | IC 95% | | P |
|----------------------|------------------------------|----------|--------------|----------|-----------|---------------|------------|----------|
| | No Casos | % | Casos | % | | Inf | Sup | |
| Rabia (ira) | 2 | 1.1 | 5 | 8.3 | 8.09 | 1.34 | 62.12 | 0.00 |
| Odio | 7 | 3.8 | 2 | 3.3 | 0.85 | 0.12 | 4.6 | 0.8 |
| Tristeza | 43 | 23.8 | 21 | 35 | 1.72 | 0.87 | 3.38 | 0.9 |
| Miedo | 12 | 6.6 | 1 | 1.6 | 0.24 | 0.1 | 1.82 | 1.39 |

Fuente: Encuesta aplicada a menores de edad (casos y controles). Taxco, Gro. Mayo, 2007

En cuanto a los sentimientos expresados en los niños, estos fueron de riesgo solo en el caso de la rabia (ira) y estos menores presentan tendencias destructivas o autodestructivas por el maltrato al que fueron sometidos.

Cuadro No. 4.17 **Distribución del riesgo según la relación afectiva con la madre.**

| Factor | Factores Psicológicos | | | | RM | IC 95% | | P |
|----------------------|------------------------------|----------|--------------|----------|-----------|---------------|------------|----------|
| | No Casos | % | Casos | % | | Inf | Sup | |
| Falta de cariño | 22 | 12.2 | 3 | 5 | 0.35 | 0.09 | 1.4 | 0.11 |
| Rígido o indiferente | 5 | 2.7 | 24 | 40 | 23.3 | 7.75 | 75.25 | 0.00 |
| Te rechaza | 153 | 85 | 6 | 10 | 0.02 | 0.01 | 0.05 | 0.00 |

Fuente: Encuesta aplicada a menores de edad (casos y controles). Taxco, Gro. Mayo, 2007

Cuadro No. 4.18 **Distribución del riesgo según la relación afectiva con el padre.**

| Factor | Factores Psicológicos | | | | RM | IC 95% | | P |
|----------------------|------------------------------|----------|--------------|----------|-----------|---------------|------------|----------|
| | No Casos | % | Casos | % | | Inf | Sup | |
| Falta de cariño | 27 | 15 | 5 | 8.3 | 0.52 | 0.16 | 1.5 | 0.1 |
| Rígido o indiferente | 2 | 1.1 | 12 | 20 | 22.25 | 4.49 | 149 | 0.000 |
| Te rechaza | 150 | 83.3 | 5 | 8.3 | 0.02 | 0.01 | 0.05 | 0.00 |

Fuente: Encuesta aplicada a menores de edad (casos y controles). Taxco, Gro. Mayo, 2007

La relación afectiva rígida o indiferente resulto un factor de riesgo para el caso de padre y madre como puede observarse en los cuadros 4.17 y 4.18. Es importante mencionar que el abandono emocional se presenta cuando no se satisface la necesidad del menor de ser amado, querido, de sentirse seguro y valioso.

Cuadro No. 4.19 **Identidad del agresor sexual y su riesgo de acuerdo a los menores estudiados.**

| Factor | No | | Casos | | RM | IC 95% | | P |
|---------------|--------------|----------|--------------|----------|-----------|---------------|------------|----------|
| | Casos | % | Casos | % | | Inf | Sup | |
| Padrastro | 3 | 1.6 | 4 | 6.6 | 4.21 | 0.77 | 24.58 | 0.04 |
| Tíos | 3 | 1.6 | 2 | 3.3 | 2.03 | 0.23 | 15.44 | 0.43 |
| Extraño | 1 | 0.5 | 6 | 10 | 19.59 | 2.30 | 448.48 | 0.000 |

Fuente: Encuesta aplicada a menores de edad (casos y controles). Taxco, Gro. Mayo, 2007

En cuanto al abuso sexual este fue mayor en el caso de desconocidos, seguido del padrastro y tíos. Este tipo de maltrato es del que menos se habla en el ambiente social y legal, a pesar de su elevada frecuencia. Cuando un menor es abusado presenta trastornos como sumisión, insomnio, pesadillas, aislamiento, bajo autoestima, comportamiento regresivo (se orina en la cama o en la ropa; se chupa el dedo, entre otros), sienten que están dañados, sucios y que son diferentes provocando en ellos trastornos psicológicos y emocionales.

Cuadro No. 4.20 **Distribución del riesgo según la escolaridad de la madre.**

| Factores Culturales | | | | | | | | |
|----------------------------|--------------|----------|--------------|----------|-----------|---------------|------------|----------|
| <i>Factor</i> | No | % | Casos | % | RM | IC 95% | | P |
| | Casos | | | | | Inf | Sup | |
| Sin estudios | 15 | 8.3 | 24 | 40 | 2.91 | 1.31 | 6.47 | 0.003 |
| Primaria | 51 | 28.3 | 8 | 13.3 | 0.26 | 0.09 | 0.74 | 0.04 |
| Profesional | 17 | 9.4 | 2 | 3.3 | 0.85 | 0.12 | 4.66 | 0.68 |

Fuente: Encuesta aplicada a menores de edad (casos y controles). Taxco, Gro. Mayo, 2007

Cuadro No. 4.21 **Distribución del riesgo según la escolaridad del padre**

| Factores Culturales | | | | | | | | |
|----------------------------|--------------|----------|--------------|----------|-----------|---------------|------------|----------|
| <i>Factor</i> | No | % | Casos | % | RM | IC 95% | | P |
| | Casos | | | | | Inf | Sup | |
| Sin estudios | 20 | 11.1 | 16 | 26.6 | 7.33 | 3.30 | 16.4 | 0.000 |
| Primaria | 46 | 25.5 | 5 | 8.3 | 0.39 | 0.16 | 0.92 | 0.01 |
| Profesional | 17 | 9.4 | 2 | 3.3 | 0.33 | 0.05 | 1.56 | 0.12 |

Fuente: Encuesta aplicada a menores de edad (casos y controles). Taxco, Gro. Mayo, 2007

La escolaridad del progenitor respecto del riesgo demostró que este existía el maltrato cuando la madre y el padre no tienen estudios como se observa en los cuadros No 4.20 y 4.21. Los mayores factores de riesgo relacionados con las personas que infligen el maltrato incluyen pobreza y la falta de educación. En ambos el ir a la escuela es un factor protector.

Discusión

A partir del análisis de datos se dan a conocer los factores de riesgo del maltrato infantil de la muestra, que fueron recabados mediante el cuestionario, proporcionaron información relevante que a continuación se menciona:

De los 240 menores analizados se observó una distribución homogénea por sexo ($p > 0.37$), así como por la edad, encontrándose un mayor porcentaje de menores maltratados del sexo masculino más que el femenino sin embargo se demostró un sesgo de acuerdo a la escolaridad de los niños al encontrar una asociación del menor grado de escolaridad y la posibilidad de ser caso de maltrato.

El tipo de maltrato más significativo fue el físico sin embargo, más de la tercera parte de los menores padecen de otra de las formas de maltrato más delicada, el abandono u omisión y aunque fue pequeño el porcentaje de casos de abuso sexual en relación con el tipo de maltrato más del 3% representa un volumen considerable atendiendo a las consecuencias de este. En la investigación realizada por Francia (2003), identificó el maltrato físico como única expresión del maltrato infantil en los niños estudiados en los casos y en grupo control identifica además del físico, el psicológico y el emocional. Ramírez (2003), encontró en una muestra de 137 jóvenes en edades entre 13 y 18 años la historia de maltrato físico coincidiendo con estas investigaciones este factor de riesgo.

Páramo y Chávez (2007) en un estudio realizado en Guanajuato se encontró que el maltrato más frecuente detectado fue el de tipo físico, probablemente por la tolerancia cultural hacia el uso de golpes, como medida disciplinaria. Finkelhor et al. (2005), llevó a cabo una encuesta telefónica y descubrió que más del 50% de los niños experimentó un ataque físico, uno de cada 8 experimentó una forma de maltrato infantil; uno de cada 12 padeció

victimación sexual. Fue común el atestiguamiento de violencia intrafamiliar y en la comunidad, abuso emocional e intimidaciones. El abuso físico fue el más común en los adolescentes y el abandono en todos los grupos de edad (Wekerle et al., 2007). Respecto del agresor este fue mayormente la madre, sin embargo dentro de los menores estudiados la coincidencia de los progenitores es de gran frecuencia.

Herrada et al (1992), han realizado diversas investigaciones con el propósito de determinar el perfil del agresor y al respecto se ha encontrado que la figura parental que más agrede es la madre. Coria et al., (2007) menciona que con respecto al agresor se aprecia un predominio de la madre (21.3%) sobre el padre (11.9%). Lo anterior se contrapone con cifras internacionales que indican al padre como el principal perpetrador (37%), seguido por la pareja de la madre (20.7%), la niñera (17.3%) y la madre (12.6%). En otro estudio realizado según Wekerle et al., (2007) refiere que las madres tienden a ser las cuidadoras principales, también son las perpetradoras en 87% de todos los casos de abandono y en 93% de los casos de abandono físico del menor.

Respecto de la identidad del agresor sexual este fue de manera más frecuente los extraños, seguido de el padrastro y tíos lo que coincide con la literatura en el sentido de que los agresores sexuales se encuentran en el entorno familiar del agredido y como son niños o niñas abandonadas sus agresores sexuales son gente extraña porque están a merced de cualquier persona sin valores. López, (1995) encontró que en 2000 casos 42.56% el agresor fue una persona ajena al núcleo, seguido por un conocido de la familia sin relación especial en 32.74%, por un familiar en 11.32% y amigo de la familia en un 8.33%. Sierra (1998), el abuso sexual en Colombia el victimario generalmente es en un 70% un familiar conocido, siendo más que todo el padre o padrastro.

A diferencia de este hallazgo Perea, et al (2004), han encontrado que con mayor frecuencia el agresor es un familiar o un amigo cercano al núcleo, lo que

implica una estrecha relación del agresor con el agredido. El abuso sexual con el menor es un fenómeno internacional. Su frecuencia es cercana a 20% en niñas y de 12 % en niños menores de 18 años.

En lo concerniente al riesgo, aquí podemos decir que la presencia del padrastro, pero sobretodo cuando el niño vive con los tíos existe mayor riesgo de ser maltratado. Sierra (1998), las estadísticas acerca del maltrato físico de los niños son alarmantes y que sus agresores son sus padres o parientes. En relación con el maltrato físico ejercido por el padrastro Radhakrishna et al. (2001), encontraron que los niños que tenían un sustituto del padre en casa, tenían la doble probabilidad de denunciar maltrato después de su entrada a casa; que aquellos que vivían con su padre biológico. Wekerle et al (2007), menciona que los padres biológicos o figuras paternas (padrastrros, padres adoptivos) del menor son en la mayoría los perpetradores de todas las formas de maltrato infantil (81% de los casos en el 2002)

Los insultos, los golpes son la principal forma de maltrato específico para los menores de acuerdo al riesgo que presentaron. Sierra (1998), refiere que el tipo más grande del maltrato son los traumatismos considerados entre estos las lesiones producidas por golpes o descargas agresivas del agresor hacia el niño.

Para los casos de la profesión del padre, el ser campesino es un factor de riesgo, pero sobre todo la falta del padre representa un muy alto riesgo para el maltrato al menor, no importando la causa aunque y si es debida al fallecimiento del padre esta representa un mayor riesgo. Cohen (1999), menciona que el nivel de educación bajo del padre, particularmente la falta de conocimiento general con respecto al desarrollo del niño, poca comprensión de la realidad que conlleva a la falta de comprensión de las expectativas del niño y de sus cambios de conducta constituye un riesgo potencial para el niño maltratado.

Loredo et al (2004) mencionan que probablemente la inestabilidad

ocupacional de los padres constituya un factor muy importante en la génesis de la agresión del menor. La escasa remuneración laboral, el horario, la aceptación de la actividad, etc, son algunos de los factores que producen inseguridad, la cual influye en la génesis del comportamiento agresor.

El nivel socioeconómico de los menores presentó estándares verdaderamente altos de riesgo en el caso de pertenecer a la clase baja, a pesar que pertenecer a la clase alta no demostró ser un factor de protección. Las características socioculturales establecen las condiciones para que el maltrato se genere, en este sentido el pertenecer a una clase social genera tipos de estrés económico que conlleva a un alto riesgo de maltrato. Los factores sociales más mencionados por la literatura y que aparecen asociados al maltrato infantil, lo constituyen el desempleo, la pobreza, los problemas de hacinamiento, el bajo nivel sociocultural, eventos vitales estresantes y escasas redes de apoyo (Banyard, 1999).

El maltrato al menor en todas sus formas ocurre en todos los estrato socioeconómicos. Los padres que enfrentan mayor número de estresores, psicosociales están en mayor riesgo. Estos se acumulan sobre todo en familias pobres donde hay hacinamiento, pobreza, pocos lugares de recreación que no cuesten dinero. Los padres en tensión pueden responder a sus hijos con mayor impaciencia lo que favorece la violencia doméstica y el maltrato (Sauceda y Maldonado, 2004).

Las actividades del menor significaron una forma de protección (factor protector) para el menor ya que el realizar actividades dentro de la casa de aseo así como ayudar en el trabajo al padre disminuyó hasta en un 95% el riesgo de ser niño maltratado. Lo cual coincide con el hecho que cuando el niño pasa su tiempo libre en la calle significa un importante riesgo de maltrato. Loredó y Trejo (2004), mencionan que existe en todo el mundo aproximadamente 100 millones de niños que viven, trabajan (o ambas cosas a la vez) en las calles de las grandes ciudades

de países en desarrollo.

De esta cifra se estima que existen aproximadamente 459 mil niños de entre 12 y 14 años desempeñando diversas actividades de trabajo, como consecuencia de la pobreza de sus familias o de la necesidad de supervivencia, los infantes buscan acomodo en las industrias, talleres, o se lanzan a las calles a laborar como limpiaparabrisas, boleros, vendedores, malabaristas, cargadores, etc., y sus aportaciones económicas sirven para reforzar el ingreso familiar o para cubrir por lo menos parte de sus propios gastos y muchos de ellos realizan estos trabajos en condiciones inhumanas.

El Departamento del Distrito federal 1995 se realizó un censo (realizada por la Comisión para el Estudio de los Niños Callejeros) y el estudio arrojó una cifra de 13 373 niños de la calle y en la calle, de los cuales 9 161 correspondían al sexo masculino y 4 212 al femenino. Otra investigación realizada por SEDESOL/SEP/SS en 1999 en las 100 principales ciudades del país, reveló una cifra de 114 497 menores callejeros. Las ciudades con un mayor número de niños fueron; Guadalajara (7 226), Tijuana (5 853), Monterrey (5 767), San Luis Potosí (3 876), Toluca (3 807), Querétaro (3 509), y Acapulco (3 341)

Respecto del cuidado al menor una característica encontrada respecto del abandono es que cuando el niño enferma los padres no le dan importancia. Lo cual se reforzó en el hecho del no cuidado y la explotación económica del menor, y de presentarse una relación afectiva rígida e indiferente como uno de los principales factores de riesgo. Alconada (2002), menciona que las malas relaciones y comunicación, la carencia de vínculos afectivos y la violencia familiar, son factores de riesgo relacionados con el funcionamiento de la propia familia

El comportamiento del padre se presenta agresivo cuando este ingiere alcohol lo que representó un riesgo para el maltrato del menor mismo caso que se presentó para el uso de drogas. Herrada et al., (1992), encontraron que el

alcoholismo en el padre en relación al maltrato físico fue del 50%. Casado y Baño (2003) mencionan. La adicción más estudiada sigue siendo el alcoholismo, y se ha demostrado que los padres alcohólicos maltratan con mayor frecuencia a sus hijos en comparación con los padres abstemio.

Respecto al antecedente si el padre usa drogas observó un riesgo ante la presencia de este antecedente y un factor protector cuando este no existe. Aunque el maltrato infantil tiene características diferentes en cada contexto sociocultural, se ha reconocido que la drogadicción de los padres es un factor de riesgo (Casado y Baño, 2003).

Se observó un riesgo mayor de pensamiento suicida en los menores maltratados en contraposición directa contra respecto de quienes no presentaron este "síntoma". Este se acompañó de un sentimiento de rabia (ira) expresado por estos menores. Correa (1999), comenta que los niños criados en hogares donde se les maltrata suelen mostrar desordenes postraumáticos y emocionales. Muchos experimentan sentimientos de escasa autoestima y sufren de depresión y ansiedad por lo que suelen utilizar el alcohol u otras drogas para mitigar su dolor psicológico. Wekerle et al. (2007), menciona que el maltrato infantil puede preparar al niño en desarrollo para un acceso más rápido e intenso a respuestas de ira, la agresividad puede relacionarse con el maltrato en la medida en que éste enseña una falta de empatía y enojo.

Páramo y Chávez (2007), menciona que uno de los principales móviles del suicidio es el dolor emocional, entonces el maltrato aparece como un importante factor de riesgo, ya que es susceptible de generar dolor físico y emocional y además atrapa a la víctima en una dinámica en la que prevalece la desigualdad y de la que es prácticamente imposible escapar.

La relación afectiva rígida o indiferente de la madre y del padre resultó un factor de riesgo. Alconada (2002), menciona que las malas relaciones y

comunicación, la carencia de vínculos afectivos y la violencia familiar, son factores de riesgo relacionados con el funcionamiento de la propia familia.

La identidad del agresor sexual fue mayor para el caso de extraños sin embargo el padrastro fue identificado como el segundo agresor en frecuencia, mientras y en tercer lugar a los tíos como agresores estadísticamente significativos. Finkelhor (2005), menciona que las personas que abusan sexualmente de los niños son en un 50% personas extrañas a sus víctimas y solamente un escaso 7% son realmente miembros de la familia. En contraste, la gran mayoría de los casos de abuso en niños que se han reportado tienen por ofensor a algún amigo de la familia: 30% son parientes y 45% son conocidos.

La falta de estudios fue otro de los factores de riesgo para el maltrato esto en el caso de padres sin estudio. El factor cultural es un factor condicionante para que se produzca el maltrato infantil. Francia (2003), menciona que en la literatura revisada se encontró varios autores que se refieren que solo en las clases sociales con más bajo nivel cultura se produce el maltrato infantil, pero no consideran sus diferentes niveles, sin embargo se considera que el maltrato se presenta se en todos los niveles socioculturales con similares patrones.

V. CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS

Después de analizar los resultados obtenidos se concluye que los factores de riesgo plasmados en los objetivos son múltiples (sociales y culturales), lo que hace pensar que es la interacción de estos (potenciación) la que desata una serie de condiciones que llevan al maltrato físico, psicológico y abuso sexual del menor, sin embargo, la condición de estudios en los padres y el niño, la pobreza y la ausencia de alguno de los padres (orfandad) fueron aquellos que representaron mayor riesgo para la presentación del maltrato.

El abuso sexual se presenta en el entorno familiar por el padrastro sin embargo, es la convivencia con extraños o desconocidos, el factor de mayor riesgo para ser abusado. El principal agresor en el maltrato físico es la madre, y la agresión más frecuente después de la madre es ejercida por ambos padres.

La identidad del agresor del niño es en muchos de los casos referida al entorno familiar sin embargo fue un factor más objetivo conocer con quien vive, ya que no siempre los casos vivían con los padres, siendo los tíos los que representan un mayor riesgo para la presentación del maltrato, seguido de los abuelos y la conjunción de madre y padrastro.

El maltrato del menor es muy grave y se encuentra enraizado de manera profunda en las condiciones socioeconómicas que prevalecen en cualquier sociedad en el mundo, probablemente en muchos casos el desarrollo de este fenómeno se debe a la desintegración de una familia por vivir en sitios con ausencia de riqueza y de educación.

De acuerdo con los datos obtenidos y considerando que es la agrupación de factores lo que confiere el riesgo se puede decir que con un análisis de 95% de confianza se **rechazar** la hipótesis nula y se **acepta** la hipótesis alterna ya que de manera conjunta y en general los factores de riesgo presentaron una $p > 0.05.$, para los factores sociales y culturales, siendo estos factores donde se encontró un mayor riesgo conjunto.

Sugerencias.

Es importante que el personal de enfermería realice las siguientes acciones para reducir el índice de maltrato en el menor:

Identificar las familias de riesgo mediante encuesta aplicadas a los menores en las instituciones educativas.

Implementar Programas de Educación para la Salud en grupos o individuos (escuela de padres) para reducir la incidencia o recurrencias del maltrato, para prevenir y promover estilos de vida más saludables que garanticen una mejor calidad de vida a nuestra población infantil.

Dar información sobre el Maltrato al Menor a toda la sociedad para difundir y promover los valores y derechos de los menores (un niño debe de ser querido, respetado, educado, derecho a la salud física y mental) para su desarrollo integral, mediante la elaboración de trípticos, periódicos murales, platicas a los padres en las instituciones educativas, uso de la radio y televisión para reducir el riesgo de maltrato.

Solicitar la participación de las autoridades estatales, municipales como el departamento de Desarrollo Integral de la Familia (DIF) para que en conjunto con

el Personal de Salud intervengan en apoyo a la población infantil para protegerlos y reducir los factores de riesgo del maltrato infantil.

Solicitar a las autoridades del poder judicial su intervención en los menores maltratados e implementar las leyes para proteger a los niños

Promover una cultura de la no violencia orientada a preservar los valores fundamentales de la condición humana, como la solidaridad, el afecto, la justicia, la equidad y construir una ética basada en la tolerancia para mejorar la calidad de vida.

Desarrollar acciones preventivas sobre el maltrato al menor y poder actuar con la debida celeridad para impedir que la víctima sufra daño físico, emocional o ambos, o le cause la muerte.

Educar a las parejas para ser mejores padres, ya que los hijos sólo son niños por un breve periodo de tiempo y es importante cuidar su autoestima como factor fundamental para su futuro. Los padres deben proteger a los hijos de los riesgos, no ser el riesgo (problema).

Como profesional docente del área de la salud es necesario incluir en los programas educativos de enfermería reproductiva, pediatría, salud pública y epidemiología el tema de maltrato al menor para que los estudiantes cuenten con los conocimientos teóricos y metodológicos para ayudar a las familias de los menores que son y han sido objeto de maltrato.

La práctica de enfermería en el ámbito preventivo es importante porque permite valorar si presentan problemas de maltrato para apoyar a los menores en su desarrollo personal y construir un ambiente de respeto y tolerancia dentro del hogar. Para ello es importante elaborar material didáctico para promover los valores y derechos de los menores, elaborar Programas de Educación para la

Salud para reducir la incidencia o recurrencias del maltrato, y capacitar a las estudiantes de enfermería para dar pláticas en las escuelas a los padres de familia sobre el maltrato al menor y mejorar su calidad de vida.

BIBLIOGRAFÍA

- Alconada, M. FJ., 2002. Violencia familiar y protección de personas. Ponencia presentada y aprobada en el XX Encuentro Nacional de Magistrados y Funcionarios de la Justicia de Menores y Familia. S. M. de Tucumán 7, 8 y 9 de Noviembre. Pág. 1-9 http://www.carlosparma.com.ar/pdfs/cp_d_pe_17.pdf. 21/05/08
- Álvarez, B. J, y G. Hartog, 2006 Manual de Prevención de Violencia Intrafamiliar (2nd Ed.). Edit. Trillas., México D.F
- Antonuccio, G. 2006. Maltrato infantil. ¿Niños en peligros? Pag. 1. http://www.salvador.edu.ar/comu/ad/01-01/actualidad_maltrato.htm 21/05/08
- Ardila, E., R. Sánchez y J. Echeverry, 2001. Estrategias de investigación y medicina clínica: estudio de casos y controles (1ra Ed.). Editorial Manual Moderno., Bogota, Colombia.
- Baeza, H. C., C. LM. García, G. HM. Nájera, y A. R. Velázquez, 2003. Loredó, A.A. Maltrato en el niño: Aspectos quirúrgicos del maltrato al meno (1ra Ed.). Editorial McGraw-Hill Interamericana., México.
- Banyard, V. 1999. Childhood maltreatment and the mental health of low-income women. Am J Orthopsychiatry. Rev. 69: 161-71.
- Calzada, R. A, 2004. Algunos aspectos de interés sobre la violencia y el maltrato infantil. Rev. 20:5-6
- Casado, F. J., y A. R. Baño, 2003. Loredó, A.A. Maltrato en el niño “Padres adictos a drogas: heroína, cocaína, mariguana” (1ra Ed.). Editorial McGraw-Hill Interamericana., México.

Castillo, N. 2006. Maltrato Infantil. Pág. 1-5 <http://www.psicopedagogia.com/maltrato-infantil> 21/05/08

Cohen, T. 1999. Risk Factors and Determinants of Child Maltreatment. Presented at World Health Organization Meeting Geneva, Switzerland March. From ISPCAN's Link newsletter. Volume 9, Number 1.

Coria, H. C., F. L. Canales, V. P. Ávila, D. P. Castillo, y A. C. Correa, 2007. Síndrome del niño sacudido. Rev. 78 (1): 54-60

Departamento del distrito Federal. 1995. Informe final del II Censo de Menores en Situación de Calle de la Ciudad de México. México: UNICEF.

Díaz, H. JA., y F. J. Casado, 2003. Loredó, A.A. Maltrato en el niño: Programas de prevención del maltrato infantil (1ra Ed.). Editorial McGraw-Hill Interamericana., México.

Fernández, C. G., y C. J. Perea, 2004. Maltrato infantil físico en pacientes diagnosticados en El hospital Pediátrico "Juan M. Márquez", 1996-1998. Pág. 1-15 <http://www.imbiomed.com.mx> 21/05/08

Finkelhor, D. 2005. Abuso Sexual al Menor (3ra Ed.). Editorial Pax., México.

Francia, R. ME. 2003. Maltrato infantil. Un problema de todos: Rev. 19(1): 1-5

Gómez, J. M., M. A. Perea, M: V. Martín, y C. V. Cerezo, 2004. Loredó, A.A. Maltrato en niños y adolescentes: Maltrato psicológico. Impacto en el desarrollo cognoscitivo, emocional y nutricio del menor (1ra Ed.). Editores de Textos Mexicanos., México.

Gómez, C.R. y J. M. Ardila, 2005. Ruiz, M. A. Epidemiología Clínica. Investigación clínica aplicada: Estudio de casos y controles (1ra reimpresión). Editorial Medica Panamericana., Bogota, Colombia.

Herrada, A. H., B. A. Nazar, N. M. Cassaball, R. R. Vega, y C. CB. Nava, 1992. El niño maltratado en Tlaxcala: Estudios de Casos. Salud Pública de México. Rev 6: 626-634.

López, S. F., A. Hernández, y E. Carpintero, 2001. Abusos Sexuales de menores. En: Dirección General de Prevención y Promoción a la Salud. Maltrato infantil: Prevención, diagnóstico en intervención desde el ámbito sanitario. Documento Técnico de Salud Pública No. 22., Madrid. http://www.derechosdela infancia.cl/docs/imgs_doc/124pdf.

Loredo, A. A., M. A. Perea, H. J. Trejo, y V. V. Bustos, 2003. Loredo, A.A. Maltrato en el niño: Maltrato físico y accidentes como causas de lesiones en el niño y utilidad de los indicadores clínicos para el diagnóstico diferencial (1ra Ed.). Editorial McGraw-Hill Interamericana., México.

Loredo, A. A., y H. J. Trejo, 2004. Loredo, A.A. Maltrato en niños y adolescentes: Niños y adolescentes en situación de calle, una grave realidad (1ra ed.). Editores de Textos Mexicano., México.

Loredo, A. A., H. J. Trejo, R. E. Galván, 2004. Loredo, A.A. Maltrato en niños y adolescentes: Maltrato físico (1ra Ed.). Editores de Textos Mexicanos., México.

Loredo, A. A. 2004. Maltrato en niños y adolescentes: Diversas formas de maltrato infanto-juvenil (1ra Ed.). Editores de Textos Mexicanos., México.

Loredo, A. A., y M. A. Perea, 2004. Loredo, A.A. Maltrato en niños y adolescentes: Programa Oaxaca 2003. El buen trato al menor: una nueva cultura en salud (1ra Ed.). Editores de Textos Mexicanos., México.

Mateos, R. JM. 2003. Loredo, A.A. Maltrato en el niño: Violencia, salud infantojuvenil y calidad de vida (1ra Ed.). Editorial McGraw-Hill Interamericana., México.

National Clearinghouse on Child Abuse and Neglect. Data System Project (NCANDS). Washington, DC 20024. Agosto 24/20/05. Child abuse and Neglect Data-America Humane Association:
http://www.americanhuman.org/children/factsheets/data_abuse.htm
Email: nccanch@caliber.com 21/05/08

Niño Maltratado. 2004. Edita: Comunidad Virtual de Cuidados Intensivos Pediátricos y Urgencias. Copyright 2001 (UCIP.NET). Pág. 1-7 21/05/08
<http://www.ucip.net>

Olamendi, T. P. 2003. Loredo, A.A. Maltrato en el Niño: Entorno jurídico de las víctimas del maltrato al menor en México (1ra Ed.). Editorial McGraw-Hill Interamericana., México.

Osorio, N. CA. 2005. El Niño Maltratado (4ta Ed.). Editorial Trillas S.A. de C.V., México.

Perea, M. A., A. A. Loredo, V. A. Monroy, y A. E. Guicho, 2004. Loredo, A.A. Maltrato en niños y adolescentes: Abuso Sexual: del silencio ignominioso a una realidad estigmatizante (1ra ed.). Editores de Textos Mexicanos., México.

Radhakrishna, A., I. E. Bou-Saada, W. M. Hunter, D.J. Catellier, y J.B. Kotch, 2001. Are father surrogates a risk factor for child maltreatment? Child Maltreat. Rev. 6(4):281-289

Ramírez, C. 2003. La transmisión intergeneracional, la clase del vínculo y los factores intrapersonales como predictores de la co-ocurrencia de comportamientos violentos y adictivos en jóvenes. Rev. 9: 51-69.

Páramo, C. D., y H. AM. Chávez, 2007. Maltrato y suicidio infantil en el estado de Guanajuato. Rev. 30 (3): 59-67

Sauceda, G. JM., y D. M. Maldonado, 2004. Loredó, A.A. Maltrato en niños y adolescentes: La salud mental y el maltrato al menor (1ra Ed.). Editores de Textos Mexicanos., México.

SEDESOC/SEP/SS. 2002. Un México apropiado para la infancia y la adolescencia. Programa de Acción 2002-2010. México. Secretaría de Desarrollo Social.

Sierra, R. PA. 1998. El médico no puede ver al niño sólo desde el punto de vista orgánico, para no omitir el diagnóstico del síndrome del niño maltratado. Profesor Asistente Universidad nacional. Jefe de Servicios de Lactantes, Hospital de la Misericordia. Pág. 1,4,6. 21/05/08

http://www.encolombia.com/pediatrica_el_medico.htm. Pág.1-10

Wekerle, C., AL. Miller, DA. Wolfe, y CB. Spindel, 2007. Maltrato infantil (2nd Ed.). Editorial el Manual Moderno S. A de C. V., México.

Zúñiga, C., A. Loredó, J. Trejo, A. Perea, y A. Villa, 2007. Maltrato infantil: indicadores clínicos y sociales de maltrato físico en niños con cáncer. Rev. 28 (1): 15-20

APENDICE “A”



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE QUERÉTARO FACULTAD DE ENFERMERÍA MAESTRIA EN CIENCIAS DE ENFERMERÍA



CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO.

A quien corresponda.

Yo _____ declaro y voluntariamente acepto que mi hijo _____ participe en el estudio “FACTORES DE RIESGO DEL MALTRATO AL MENOR”, contestando un cuestionario anónimo, que incluye preguntas sobre algunos datos personales y sobre algunos detalles relativos al tipo de maltrato que han sufrido los menores.

Se nos ha informado que mi hijo (a) puede en cualquier momento decidir no participar y ello no tendrá ninguna repercusión sobre su persona y que la información no se le dará a ninguna persona, ya sean familiares o personal de la escuela, por lo que su participación no significa ningún riesgo para él (ella). Los resultados podrán ser difundidos de manera general, protegiendo la individualidad y anonimato de mi hijo (a), por lo que estamos de acuerdo en su participación y expresamos nuestro consentimiento firmando esta carta.

Nombre del participante

Nombre y firma del padre de familia o tutor

FECHA

Nombre y firma del investigador

APENDICE "B"

INSTRUMENTO DE MEDICIÓN.



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE QUERÉTARO FACULTAD DE ENFERMERÍA MAESTRIA EN CIENCIAS DE ENFERMERÍA



FACTORES DE RIESGO DEL MALTRATO AL MENOR

FOLIO

El presente cuestionario tiene la finalidad de conocer los factores sociales, psicológicos y culturales que influyen en el maltrato al menor en niños de 8 a 16 años de edad, por lo que debe contestar las siguientes preguntas.

DATOS PERSONALES:

1. Sexo. _____

- 1) Femenino
- 2) Masculino

2. ¿Cuántos años cumplidos tienes?

- | | | | |
|------------|-------|-----------------|-------|
| 1) 8 años | _____ | 6) 13 años | _____ |
| 2) 9 años | _____ | 7) 14 años | _____ |
| 3) 10 años | _____ | 8) 15 años | _____ |
| 4) 11 años | _____ | 9) 16 años | _____ |
| 5) 12 años | _____ | No especificado | _____ |

3. ¿Qué escolaridad tienes?

- 1) Segundo año de primaria
- 2) Tercer año de primaria
- 3) Cuarto año de primaria
- 4) Quinto año de primaria
- 5) Sexto año de primaria

- 6) No especificada
- 7) Retraso del aprendizaje
- 8) Analfabeta

4. ¿Con quién vives?

- 1) Madre
- 2) Padre
- 3) Ambos padres
- 4) Hermanos
- 5) Con amigos
- 6) Tíos (as)
- 7) Abuelos
- 8) Padrastro o madrastra
- 9) Mamá y padrastro
- 10) Huérfano
- 11) En la calle
- 12) Tutor
- 13) Hermanastro

FACTORES SOCIALES.

5. ¿Cómo te tratan en tu casa?

- 1) Pegan
- 2) Insultan
- 3) Ofenden
- 4) Te tratan con amor
- 5) Utilizan malas palabras
- 6) Te tratan bien
- 7) Pegan, insultan y ofenden

6. ¿Qué tipo de maltrato sufres?

- 1) Abandono u omisión de cuidados
- 2) prostitución (te obligan a tener relaciones sexuales con otras personas)
- 3) drogas
- 4) abuso sexual (te tocan tu cuerpo o tus partes intimas)
- 5) maltrato físico (te golpean, jalan el cabello)
- 6) Maltrato psicológico (te dicen flojo, amenazan no te dan de comer, no sirves para nada, te encierran, bobo, lárgrese de aquí, no te abrazan y besan)
- 7) Ninguno

7. ¿Cuál es la ocupación de tu papá (a)?

- 1) Albañil
- 2) Platero
- 3) Oficinista
- 4) Agricultor
- 5) Comerciante
- 6) Médico
- 7) Constructor de casas de madera
- 8) Taxista
- 9) Empleado
- 10) Licenciado
- 11) Desempleado
- 12) Vendedor de muebles
- 13) Mecánico
- 14) Mesero
- 15) Guía de turista
- 16) Minero
- 17) Nevero
- 18) Montador
- 19) Arquitecto
- 20) Brasero
- 21) Fotógrafo
- 22) Carpintero
- 23) Policía
- 24) Gasero
- 25) Plomero
- 26) Pintor
- 27) Electricista
- 28) Maestro
- 29) Fabricante
- 30) Ama de casa
- 31) Venta de comida
- 32) No contesto
- 33) Vendedor de fruta
- 34) Dibujo gráfico
- 35) No tiene papá
- 36) Panadero
- 37) Falleció
- 38) Pastor de testigo de Jehová
- 39) Sexo servidora
- 40) Discapacitado
- 41) Mesera de cantina
- 42) Cantinero

8. ¿Estado civil de tus padres?

- 1) Casados
- 2) Unión libre
- 3) Divorciados
- 4) Separados
- 5) Viudo
- 6) Viuda
- 7) Madre soltera
- 8) Finados.
- 9) Lo ignora

9. ¿Estado económico de la familia?

- 1) Bajo (tienen poco dinero)
- 2) Medio (más o menos tienen dinero)
- 3) Alto (tienen mucho dinero)

10. ¿Si eres un niño que trabaja porque tienes que hacerlo?

- 1) Porque te amenazan y exigen que lleves dinero a casa
- 2) Porque te gusta ganar dinero
- 3) No trabajas
- 4) Por necesidad y pobreza extrema
- 5) Indigente

11. ¿En qué actividades participas en el hogar?

- 1) Realizar el aseo en casa
- 2) Ayudar en el trabajo a tu papá
- 3) No realizas ningún trabajo
- 4) Realiza todo el trabajo
- 5) No tiene Hogar
- 6) Roba para subsistir

12. ¿Pasas mucho tiempo fuera de tu casa?

- 1) En la calle
- 2) Con el vecino
- 3) Trabajando
- 4) No sales

13. ¿Qué hacen tus padres cuando tú estás enfermo?

- 1) Te llevan al médico
- 2) Mamá te atiende en casa y te da medicamentos sin receta medica

- 3) No te dan importancia
- 4) Sin padres (niño de la calle)

14. ¿Cuándo tu maestra te pide que lleves a tu mamá para darle quejas de ti o para decirle como vas en tus calificaciones?

- 1) Tu mamá nunca puede ir
- 2) Tu mamá asiste al llamado de tu maestra
- 3) Solo acude en raras ocasiones
- 4) Lo ignora
- 5) No va a la escuela

15. ¿Cómo se comporta tu papá cuando llega borracho a casa?

- 1) Tranquilo
- 2) Agresivo
- 3) No toma
- 4) No lo conoce
- 5) Falleció

16. ¿Tus padres tienen problemas en su matrimonio?

- 1) Si
- 2) No
- 3) A veces
- 4) No conoce a su papá
- 5) Lo desconoce

17. ¿Tu mamá toma alcohol?

- 1) Sí
- 2) No
- 3) Ocasionalmente
- 4) Lo desconoce

18. ¿Tu padre (a) consume droga?

- 1) Sí
- 2) No
- 3) Ocasionalmente
- 4) Lo desconoce

¿Si la consume quién de ellos lo hace? _____

19. ¿Te tratan diferente a tus hermanos?

- 1) Sí
- 2) No

- 3) Ocasionalmente
 - 4) No tengo hermanos
 - 5) No vivo con hermanos
20. ¿Tus padres justifican las ausencias de clases a tu maestra cuando faltas?
- 1) Sí
 - 2) No
 - 3) Ocasionalmente
 - 4) No va a la escuela
21. ¿A tu papá le pegaban sus padres en su infancia?
- 1) Sí
 - 2) No
 - 3) Ocasionalmente
 - 4) Lo desconoce
22. ¿A tu mamá le pegaban sus padres en su infancia?
- 1) Sí
 - 2) No
 - 3) Ocasionalmente
 - 4) Lo desconoce
23. ¿Has dejado de asistir a la escuela por un periodo largo (un año escolar)
- 0) No
 - 1) Si

FACTORES FÍSICOS.

24. ¿Quién te maltrata ó golpea?
- 1) Madre
 - 2) Padre
 - 3) Ambos padres
 - 4) Hermanos
 - 5) Amigos
 - 6) Tíos (as)
 - 7) Abuelos
 - 8) Padrastro o madrastra
 - 9) Nana o sirvienta
 - 10) No me maltratan
 - 11) Hermanastro

25. ¿El objeto con el que se lleva el maltrato físico?

- 1) Golpes con la mano
- 2) Cinturón
- 3) Patadas
- 4) Zarandear al hijo/a
- 5) Un cable
- 6) Un palo
- 7) La chancla o zapato
- 8) No me golpean
- 9) Mano y chancla
- 10) Con todos estos objetos
- 11) Plancha caliente
- 12) Piedras
- 13) Los aventó a un barranco

26. ¿En que parte de tu cuerpo te golpean?

- 1) Cabeza
- 2) Orejas
- 3) Cara
- 4) Manos
- 5) Espalda
- 6) Glúteos o nalgas o pompas
- 7) Piernas
- 8) Ninguno
- 9) Golpes en todo el cuerpo

27. ¿A consecuencia de los golpes alguna vez ha sido necesario llevarte al hospital?

- 1) Sí
- 2) No
- 3) Ocasionalmente
- 4) No porque no me golpean

28. ¿Qué tipo de lesiones te provocan?

- 1) Magulladuras o moretones (manchas moradas en tu piel)
- 2) Quemaduras (plancha o cigarrillo o agua caliente)
- 3) Fracturas de hueso
- 4) Heridas
- 5) Mordeduras humanas
- 6) Intoxicación por medicamentos

7) No me han provocado ninguna lesión

29. ¿Cómo actúan tus padres o la persona que te cuida cuando haces algo que les molesta?

- 1) Te regañan
- 2) Te golpean
- 3) Te llaman la atención
- 4) No te dicen nada

30. ¿Cuándo te golpean lo hacen porque?

- 1) Hiciste algo que no les gusta
- 2) No hiciste lo que te ordenaron
- 3) Porque están enojados (neurosis)
- 4) Están alcoholizados
- 5) Están drogados
- 6) No me golpean

FACTORES PSICOLÓGICOS.

31. ¿Te lastiman fácilmente en tus sentimientos y lloras con facilidad?

- 1) Sí
- 2) No
- 3) Ocasionalmente

32. ¿Confías en ti mismo?

- 1) Sí
- 2) No
- 3) Ocasionalmente

33. ¿Tus padres se preocupan por ti?

- 1) Sí
- 2) No
- 3) Ocasionalmente
- 4) No tiene padres
- 5) Abandono

34. ¿En ocasiones has pensado en suicidarte o lastimarte?

- 1) Sí
- 2) No
- 3) Ocasionalmente

35. ¿Tus padres te cuidan demasiado o té sobreprotegen?

- 1) Sí
- 2) No
- 3) Ocasionalmente
- 4) No tiene padres

36. ¿Cómo te cuidan tus padres?

- 1) No se preocupan por tu higiene personal
- 2) No revisan lo que estas haciendo
- 3) Siempre están cansados y no les interesa nada
- 4) Problemas físicos o necesidades médicas
- 5) Es explotado, se le hace trabajar en exceso
- 6) No va a la escuela
- 7) No lo cuidan
- 8) Me cuidan bien
- 9) No tiene padres

37. ¿Qué tipo de maltrato psicológico recibe?

Te dicen:

- 1) No sirves para nada
- 2) Bobo
- 3) Lárguese de aquí
- 4) No lo quiero
- 5) Carencia afectiva (no te abrazan y besan)
- 6) No te maltratan psicológicamente

38. ¿Té castigan?

- 1) No te dan de comer
- 2) No te dejan salir
- 3) Te encierran
- 4) Te expulsan o corren de tu casa
- 5) Te regañan
- 6) Te pegan
- 7) No te hablan
- 8) Te insultan y te desplazan
- 9) Te chantajea
- 10) No te castigan
- 11) Regañan, pegan, no te hablan
- 12) Encierran y pegan
- 13) No te dejan salir, regañan, pegan
- 14) Regañan, pegan, insultan, te desplazan y chantajea
- 15) No te dan de comer, no te dejan salir, te corren, te insultan y chantajea

39. ¿Tienes sentimientos negativos hacia el castigo recibido?

- 1) Rabia
- 2) Odio
- 3) Tristeza
- 4) Miedo
- 5) No sientes nada
- 6) Ninguno porque no me castigan
- 7) Rabia, tristeza y miedo
- 8) Rabia y miedo
- 9) Tristeza y miedo
- 10) Rabia y odio
- 11) Olvido voluntario

40. ¿Cuál es la relación afectiva con tu madre?

- 1) Falta de cariño
- 2) Rígido o indiferente
- 3) Te rechaza
- 4) Buena
- 5) No tiene mamá

41. ¿Cuál es la relación afectiva con su padre?

- 1) Falta de cariño
- 2) Rígido o indiferente
- 3) Te rechaza
- 4) Buena
- 5) No tiene papá

42. ¿Quién ha intentado tocar tu cuerpo (tu parte íntima)?

- 1) Padrastro
- 2) Tíos
- 3) Primos
- 4) Extraño
- 5) Hermano
- 6) Padre
- 7) Madre
- 8) Abuelo
- 9) Abuela
- 10) Ninguno
- 11) Varios
- 12) Abusó de otros menores
- 13) Hermanastro

43. ¿La persona que ha tocado tu cuerpo te amenaza para que no se lo digas a nadie?

- 1) Sí
- 2) No
- 3) No me han tocado

44. ¿Qué tipo de amenaza?

- 1) La va a matar
- 2) Le pegan
- 3) No le dicen nada
- 4) Que hace males
- 5) Me van a regalar
- 6) No específico
- 7) Va a matar a su hermana

45. ¿Te orinas en la cama?

- 1) Sí
- 2) No
- 3) Ocasionalmente
- 4) Relajación de esfínter anal

FACTORES CULTURALES.

46. ¿Qué estudios tiene tu padre?

- 1) Sin estudios
- 2) Primaria
- 3) Secundaria
- 4) Preparatoria
- 5) Técnico
- 6) Profesional
- 7) Lo desconoce

47. ¿Qué estudios tiene tu mamá?

- 1) Sin estudios
- 2) Primaria
- 3) Secundaria
- 4) Preparatoria
- 5) Técnico
- 6) Profesional
- 7) Lo desconoce.

48. ¿Cuál es la forma en que los padres afrontan los conflictos conyugales?

- 1) Golpes
- 2) Insultos
- 3) Ninguno de los anteriores
- 4) No tiene padres.

49. ¿Atención de la alimentación antes de asistir a tu escuela?

- 1) Pasas a tomar algún alimento
- 2) Te traes torta o fruta
- 3) Te dan dinero para que te compres algo de comer
- 4) Te trae de comer tu mamá
- 5) Ninguno
- 6) No asiste a la escuela
- 7) Pobreza extrema

GRACIAS POR SU PARTICIPACIÓN.
Taxco, Gro a 18 de Diciembre del 2006

Nombre del encuestador

APENDICE “C”

GLOSARIO DE TÉRMINOS

Maltrato: Cualquier acción u omisión no accidental, por parte de padres, cuidadores y aquellos que convivan o estén relacionados con el menor y que lo sometan a agresiones físicas, psíquicas o sexuales, impidiendo la satisfacción y las necesidades básicas del menor. (Comunidad Virtual de Cuidados Intensivos Pediátricos y Urgencias, 2004)

Riesgo: La presencia o ausencia de una característica o factor que aumenta las probabilidades de aparición de consecuencias adversas. Sería la medida de la probabilidad estadística de que en el futuro se produzca un acontecimiento. (Comunidad Virtual de Cuidados Intensivos Pediátricos y Urgencias, 2004)

Factores de riesgo: Son las características o circunstancias que posee una persona o grupo de personas a las cuales se le asocia una probabilidad mayor de sufrir un proceso o verse afectado desfavorablemente por el mismo. (Comunidad Virtual de Cuidados Intensivos Pediátricos y Urgencias, 2004)

Infancia en situación de riesgo: Las y los niños que se encuentren en una situación que aumenta las probabilidades de que sus necesidades no sean atendidas o que sus derechos se vean mermados. (Comunidad Virtual de Cuidados Intensivos Pediátricos y Urgencias, 2004)