



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO

FACULTAD DE PSICOLOGIA

ENCUESTA DE OPINION SOBRE EL TEMA
" MALTRATO AL MENOR "; ESTUDIO
PRELIMINAR

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
LICENCIADO EN PSICOLOGIA

P R E S E N T A :
AIDE SANCHEZ VELAZQUEZ

DIRECTOR DE LA FACULTAD DE PSICOLOGIA:
DR. JUAN J. SANCHEZ SOSA
DIRECTOR DE TESIS: DR. ARMANDO NAVA RIVERA
ASESOR: LIC. AIDA ARACELI MENDOZA IBARROLA

MEXICO, D. F.

1997

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

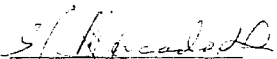
El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.



LIC. ARMANDO NAVA-RIVERA



LIC. AIDA ARACELI MENDOZA IBARROLA



DR. SERAFIN MERCADO DOMENECH



LIC. CELSO SERRA PADILLA



LIC. ESPERANZA CARLOS HERNANDEZ



DR. LUIS CARBAJAL RODRIGUEZ



DR. ARTURO LOREDO ABDALA



DR. LUIS CASTILLA SERNA

AGRADECIMIENTOS

A mis hijos

Lorena y Jose Luis

A mis asesores del I.N.P.

Dr. Luis Carbajal Rodriguez

Dr. Arturo Loredó Abdalá

Dr. Luis Castilla Serna

Dr. José N. Reynes Manzur

Dr. Raymundo Rodríguez Herrera

C. Adelaida Solís Angli

A mis maestros

Por sus grandes enseñanzas.

De quienes estaré eternamente agradecida

A mi Universidad

Facultad de Psicología U.N.A.M.

Quien forma profesionales para el futuro

A MIS PADRES:

ALFONSO Y MARTA

A MIS HERMANOS:

C O N T E N I D O :	PAGINA
RESUMEN	1
INTRODUCCION	3
Antecedentes en el I.N.P.	3
Antecedentes Historicos.	4
DEFINICION	8
Caracteristicas Generales del Sindrome	10
JUSTIFICACION	13
OBJETIVO	14
MATERIAL Y METODO	15
Definición de la poblacion	17
Analisis. Estadistica ...	18
RESULTADOS	19
Grafica de Resultados	22
DISCUSION	23
COMENTARIOS	29
RECOMENDACIONES	30
BIBLIOGRAFIA	31
ANEXOS	34

**Encuesta de Opinion sobre el tema "Maltrato al Menor";
Estudio Preliminar**

RESUMEN

La tesis describe los resultados de una encuesta de opinion sobre el Maltrato al Menor en 200 padres: 53 masculinos, 147 femeninos, de alumnos desde preprimario hasta preparatoria de escuelas publicas y privadas de la Cd de Mexico.

Objetivo: Conocer la informacion que tienen los padres sobre el Maltrato al Menor para crear programas de prevencion. El cuestionario consta de 52 preguntas abiertas, basadas en la historia natural de una enfermedad, validado por medio de estudio piloto. Analisis estadistico, se calcularon las frecuencias del tipo de respuestas y se expresaron en porcentajes acumulados sobre el total de respuestas, para demostrar la frecuencia mayoritaria se utilizo la prueba "Kolmogorov-Smirnov".

Resultados: Se opina que el maltrato es una enfermedad social donde se agrede fisica y psicologicamente al individuo. Es un problema en Mexico debido a los problemas psicologicos y psiquiatricos del maltratador. No hay factores predisponentes y es factible la trasmisibilidad. El tratamiento es mediante el apoyo psicologico al maltratador y denunciarlo a las autoridades. Se pronostica que el niño maltratado sera maltratador.

Comentario: No se considero al abuso sexual como maltrato, no conocen medidas de prevencion.

Palabras clave: Maltrato, Menor, Padres de Familia, Encuesta, Opinion.

Opinion Questionnaire about the theme "Child Abuse"***Loredo.AA. **Carbajal.EL. **Sanchez.VA. ***Castilla.SL. **Reynes.MJ. **Rodriguez.HR. Solis.AA.****ABSTRACT**

This paper shows the results about 200 parents opinion interview of child abuse. The sample of the study consisted of 51 fathers and 147 mothers. These peoples were parents of pupils from public and private schools from Mexico City. The subject of the study was to know the information that parents have about of child abuse and perhaps may serve to perform prevention programs. The instrument of measure was made a questionnaire with 52 open questions based on natural history of a disease. This questionnaire was validated throughout a pilot study. The statistical analysis was made by accumulated frequencies and to test differences between several groups the Kolmogorov-Smirnov test was used. The results of the study show that the parent's opinions were the child abuse is a social disease because the people makes both physical and/or psychological aggression to human being. The interviewed parents thought the problems of child abuse in Mexico city is profound due to abuser's psychologic and psychiatric problems. On the other hand high frequencies of parents supposed that child abuse disease did not have any predispose factors and it is possible person to person transmission. In the same way, in prognosis all parents supposed that battered child would be in future an adult abuser. They thought the treatment of child abuse should be on psychological treatment of abuser and to give notice to right human department of Mexican government. It maybe interesting thing that higher frequency of parents did not expect that sexual child abuse may be pattern of child abuse.

Keywords: abuse, minor, parents, questionnaire, opinion.

* Medical Assistant Director, INP

** Department of Internal Medicine, INP

*** Titular Investigator, IISI, INP

INTRODUCCION

ANTECEDENTES EN EL INSTITUTO NACIONAL DE PEDIATRÍA

En el Instituto Nacional de Pediatría, siendo este un hospital de tercer nivel, ubicado en el sur de la Cd. de México, en el Depto. de Medicina Interna, se han venido detectando casos de niños con diagnósticos de maltrato de establecimiento una línea de trabajo donde se ha venido aplicando esta problemática y sus múltiples causas e implicaciones, con el fin de encontrar soluciones, se estableció una línea de acción multidisciplinaria dando lugar a la creación de una Clínica de Atención Integral al Niño Maltratado, denominada CAINM, fundada por el Dr. Arturo Loredo Abdala, atendida por médicos de diversas especialidades: psiquiatras, psicólogos, trabajadores sociales, terapeutas del lenguaje o medicina física y abogados.

Para entender la problemática psicológica y psiquiátrica del agresor, del agredido y de la familia entera que tiene el desgracia de sufrir este problema, ha sido una de nuestras preocupaciones.

Por tal motivo, surge este trabajo con la finalidad de prevenir este padecimiento, y hacer conciencia en la población en general.

No obstante que el Maltrato es un problema que ha existido en todas las épocas, civilizaciones o pueblos, es tan antiguo como la humanidad misma y no una característica peculiar de la sociedad moderna. Es imperativo precisar e insistir que la esencia de la familia es la que educa, promueve y pone de relieve los valores de la vida en la sociedad. Dentro de este contexto familiar debemos mencionar la obligación que tiene el hombre de aportar en forma responsable su paternidad. Así como crear, educar y preparar a los hijos para el futuro. De ahí la importancia de conocer el concepto actual que tienen los padres de familia para la prevención del "Maltrato al Menor" dado que se presenta más este problema en los padres, siendo los madres las más frecuente agresoras.

No es nuestra intención estigmatizar el problema, ni mostrar al sujeto adulto como un ser cruel y violento pero si creemos necesario desde un ámbito psicológico, crear prevención primaria para realizar una intervención oportuna desde sus inicios.

ANTECEDENTES HISTORICOS DEL MALTRATO

El Maltrato infantil contiene unas características peculiares distintas a otros problemas importantes de salud mental. Esta característica se refiere a que no puede considerarse exclusivamente como un problema que se relaciona con el aumento de tensión resultante de las presiones características de las sociedades industriales, en vías de convertirse en roles. El problema del maltrato existe desde que la humanidad existe. (Rodríguez, 1989).

La agresión al humano por el humano es parte habitual de la existencia, todos lo sufrimos y todas lo realizamos, las causas de ella, aparentes o reales, conocidas o sospechosas, varían con la agresión, el agresor o el agredido e involucra no solo a los individuos en particular sino a las sociedad que las permite, condiciona, modifica o determina.

El problema del niño maltratado o golpeado ha existido desde siempre y en todas las culturas. Sin embargo se ha condicionado en gran medida por el valor que la sociedad le ha dado.

Hablar del maltrato de los niños en las diferentes culturas desde el punto de vista antropológico resulta peligroso si no estudiamos el concepto que cada cultura tiene del mundo en que se desenvuelve, o del orden y acción social, de las proyecciones de su universo y de su religión.

La gran diversidad y el carácter único de las culturas hace que fijemos nuestra atención en las interrelaciones de los sistemas simbólicos y las estructuras sociales de los pueblos primitivos, de la función que las instituciones sociales y religiosas mantienen con el sentimiento colectivo de solidaridad e integración que promueven.

"La actitud de una sociedad hacia los niños es parte de un contexto completo de valores que pueden variar de una cultura a otra, aun entre pueblos contiguos." (Feiglson, 1982)

"Parece que cada una de las sociedades conocidas han tenido una política implícita o explícita, para tratar con las bocas que no podían alimentar recurriendo frecuentemente al infanticidio." (Feiglson, 1982).

Es así como aun en colectividades que alcanzaron alto grado de civilización, tal es el caso de las sociedades influidas por la cultura greco-romana, el infanticidio fue practicado, tolerado y realizado en amplia escala, constituyendo para Seneca, Platon y Aristoteles una sabia medida, la muerte provocada a los niños impedidos.

Aristoteles expreso: "Un hijo o un esclavo son propiedad y nada de lo que se hace con las propiedades es injusto". (Gosario y Nieto, 1989).

El infanticidio fue practicado en tiempos biblicos para satisfacer las demandas percibidas de la religión y la superstición. Pero a todo lo largo de la historia, una razón más comun de infanticidio ha sido el control de la población.

En la Biblia se desarrolla un tema de abuso y asesinato del niño, de la destrucción del primogénito, de poner los huesos de un niño elegido para ofrecerlo, abrazado por el fuego, a un Dios caprichoso. Ya en el Génesis encontramos en el sacrificio de Isaac, la disposición de aceptar el maltrato por esta causa: "Dios quiso probar a Abraham y lo llamó: - Abraham!, este respondió -Aquí estoy y Dios le dijo: toma a tu hijo único que tienes y el que amas, Isaac y anda a la región de Moriah, allí me lo sacrificas en un cerro que yo te indicare". (Génesis, 22, 1-2).

El infanticidio fue un rasgo característico de las culturas aborígenes esquimal, china, escandinava, polinesia, africa, india de Norteamérica y australiana.

El antropólogo Graham Summer señala que en las islas de Hawaii, después del tercero o cuarto hijo habitualmente eran sacrificados los subsecuentes. Según James Frazer, los polinesios solían matar a las dos terceras partes de sus hijos los tahitianos hacían lo mismo. (Feigelson, 1982).

Los mexicanos de los viejos tiempos consideraban su cosecha de maíz de una forma simbólica. Percibían el maíz como un ser viviente que atravesaba el ciclo de vida desde la concepción hasta la muerte -sembrada para la cosecha- y representaba este ser: propósito de sacrificio con el fin de promover el crecimiento de la cosecha, como una persona viva. De este modo los recién nacidos eran sacrificados cuando se sembraba el maíz; a los niños un poco mayores, cuando germinaba el maíz, y a otros, aun mayores, cuando crecía. Lógicamente los hombres viejos eran sacrificados cuando llegaba el momento de la recolección.

El cenit de la explotación de la infancia no se alcanzó, sin embargo, en los tiempos antiguos o en el siglo XVII, sino en el siglo XIX. Lo que ocurría entonces no era infanticidio ni abandono, pero a veces podía ser tan cruel como estos: el niño-propiedad no deseado era puesto a trabajar en circunstancias terribles. Se le trataba apenas un poco mejor cuando eran deliberadamente lesionados para convertirlos en mendigos más productivos. Los niños trabajaban largas horas y estaban encadenados a sus puestos, se les permitía comer poco y eran urgidos a aumentar sus esfuerzos mediante las bofetadas y los golpes de los capataces. Por supuesto, que los maltratadores no eran los padres naturales, pero el maltrato solo podría producirse porque estos lo permitían, y al menos por omisión, por estimulación. Después de todo, el resto de la familia tenía que vivir y había que dejar que el niño trabajara hasta morir, cuando sucumbiera al esfuerzo dejaba de llevar dinero a la familia, pero tampoco sería un problema.

No obstante, la explotación de los niños como trabajadores prosiguió. El local cambio de las minas a las fabricas, pero el trabajo y las condiciones continuaron. Las horas siguieron siendo largas, la labor fue más intolerable y los pequeños estuvieron aun más esclavizados.

Para 1890 las características del niño abandonado se habían hecho tan familiares que regularmente pasaban desapercibidas.

"Hace poco más de un centenar de años, las pocas personas que prestaron alguna atención a todas estas cosas observaron que el abandono de infantes había alcanzado proporciones de crisis" (Feigelson, 1982).

Otro problema, aparentemente distinto del infanticidio y el abandono, pero no muy diferente a largo plazo, es el maltrato físico y el descuido deliberado, lo que constituye materia de infanticidio y de crueldad inhumana calculada, que tenía bastantes posibilidades de dañar seriamente al niño o de causarle la muerte en ocasiones.

Desde una observación inicial del hecho de la crueldad hacia los niños, los casos de severo maltrato físico y de negligencia denunciados han registrado cada año aumentos notables.

Durante los últimos años del siglo XIX y bien entrado el XX, niños de corta edad -infantes recién nacidos, criaturitas- niños que empiezan a dar sus primeros pasos y otros un poco mayores -estuvieron siendo llevados a los hospitales por padres que relataban extraños accidentes para explicar las múltiples heridas que marcaban los cuerpos de sus hijos.

A los médicos les resultaba difícil creer tales relatos, pero aun más aceptar la posibilidad de que los padres pudieran hacer algo tan abominable como maltratar deliberadamente a sus hijos.

Podemos decir que las necesidades especiales de los niños han empezado a ser reconocidas en este siglo XX. Ha habido avances en beneficio de ellos en los campos de la medicina, de la ciencia y de las condiciones sociales, ya que no en el corazón del hombre. La sociedad ha reconocido la necesidad de proporcionar los cuidados, la protección y la educación que merecen y deben tener, pero aun cuando "deben tener" esas cosas, las necesidades de muchos de ellos todavía no se han cubierto.

Ulteriormente marca un hito el consenso humanitario y moral derivado de las recomendaciones internacionales referentes a los "Derechos del Niño", en particular de los principios ("El niño debe crecer en un ambiente de afecto y de seguridad moral y material"); ("El niño debe ser protegido contra toda forma de abandono, crueldad y explotación") y que han representado pautas de conducta imperativas a adoptar para las sociedades y gobiernos. (Rossetti, 1981)

El reconocimiento por la profesión médica de la situación expuesta data de mediados del siglo pasado, con la referencia que sobre dicha materia hace en el Dr. Ambrose Tardieu en 1866, llegando a descubrir un verdadero síndrome de maltrato infantil y enfatizando la importancia de los factores ambientales pertinentes, que actúan como agentes condicionantes (Silverman, 1972; Kempe, 1985). Johnson A. del Hospital for Sick Children, en Londres en el mismo año (Kempe, 1985) reporta las frecuentes fracturas múltiples en niños.

Sin embargo, los verdaderos progresos en el conocimiento científico del tópico de referencia se alcanzan con posterioridad, siendo John Caffey en New York en 1946 y Frederick Silverman en Cincinnati en 1953 (Rossetti, 1981; Kempe, 1985), quienes asocian la aparición de lesiones óseas en niños, principalmente fracturas múltiples de certificación radiológica y en los que pudo suponerse su determinación por injurias provocadas. Así mismo John Bowly al hablar de las causas de las perturbaciones mentales (1950), señalaba el repudio abierto u oculto de los padres hacia los hijos, las demandas de aquellos sobre estos y la emisión de un doble mensaje referido a la conducta de los hijos (Rodríguez, 1989).

El siguiente y más extraordinario avance fue proporcionado por el Dr. Kempe de la Universidad y el Hospital General de Colorado. El Dr. Kempe creó un nuevo término para describir su diagnóstico de la condición de los niños: "Síndrome del Niño Golpeado".

En 1961, Kempe organizó un simposio internacional interdisciplinario en la reunión anual de la Academia Americana de Pediatría sobre el Síndrome del Niño Golpeado, y la descripción del mismo se publica en 1962 en el Journal of the American Medical Association (Kempe, 1965).

Aquí en México 1979 el Profesor Salvador M. Lama, juez del tribunal para menores fundado en 1925, señala como una de las causas de ingreso a dicho tribunal, "Los que son víctimas de maltrato físico o castigados en exceso". Posteriormente en 1962 Luis Feder, Psicólogo y Psicoanalista, por primera vez hace alusión al feticidio como un concepto, aunque los publica hasta 1967, en "Un estudio a la constelación oral". Poco después aparece "El complejo de Edipo y el Feticidio" de los Doctores Arnoldo y Natilde Rascowky. Antes en 1965, aparece el concepto de hijos no deseados, los indeseables en "Abortos Arrepentidos" de Luis Feder. Tanto el feticidio como los hijos no deseados, son conceptos que se aplican a la comprensión del maltrato infantil. (Rodríguez, 1989)

En México se lleva a cabo en 1978, el Primer Simposium Nacional del Niño Golpeado, bajo la coordinación del Médico Pediatra Jaime Marcovitch. Ya anteriormente Rascowky, Feder y otros fundaron Filum International en París en la UNESCO (1973). En 1979, Feder y Marcovitch iniciaron en México con la ayuda de las Damas Voluntarias de la Junior League, una organización denominada en sus inicios Padres Anónimos y actualmente funciona como Padres Activos, bajo la asesoría del psicoanalista Dr. Arturo Chevall.

En 1983, se funda en México el Consejo Consultivo de las Acciones del Menor Maltratado. Existe una Procuraduría para la Defensa del Menor aunque desde 1916 y formalmente en 1982 ya se iniciaba propiamente el funcionamiento de PREMAN que se había iniciado con el médico J. Marcovitch en 1981 como APRODENI (Asociación Pro-Derechos de la Niñez) (Marcovitch, 1978).

Sin embargo a pesar de de los esfuerzos realizados, actualmente el aumento de la violencia y la destructividad en el mundo ha llamado la atención respecto a la averiguación teórica de las causas del fenómeno. La violencia que caracteriza al ser humano ha producido los tipos de personas, las víctimas y las victimarias. El hombre en su afán de dominar, imponerse y alcanzar sus deseos de placer y poder, así como sus objetivos materiales, no tiene límites para aplicar la violencia sobre los más desposeídos, débiles y fáciles, para convertir sus victimarias en las victimarias que emplean la fuerza y todos los medios persuasivos a su alcance, como los que reciben la violencia y se convierten en víctimas, deben ser estudiados por la Victimología, ya que corresponden, a una unidad dialéctica dual, en que ambas partes son actores en el fenómeno de la violencia (Navarro-Rivera, 1990).

La situación del niño golpeado en países subdesarrollados ofrece un panorama desolador, sin embargo, no es digno aceptar con fatalismo resignado esta situación, sino por el contrario debe ser atacado en todas partes del mundo.

DEFINICION

El maltrato es una manera extraña y extrema de tomarse no accidentales, privación emocional del menor o cualquier modo de agresión sexual, ya sea de forma aislada o en diversas combinaciones ocasionadas por los padres, parientes cercanos o adultos en estrecha relación con la familia. Loredo (1990).

También se ha definido como parte de una enfermedad social internacional presente en todos los sectores y clases sociales producida por factores multicausales, interactuantes y de diversas intensidades y tiempos que afectan el desarrollo armónico, íntegro y adecuado de un menor, comprometiendo su educación y consecuentemente su desenvolvimiento escolar con disturbios que ponen en riesgo su socialización y por lo tanto su conformación personal y posteriormente social y profesional. Primero (1992).

Es muy factible que en el agresor exista patología neuropsiquiátrica, debiendo recibir la atención profesional.

Kempe y Helfer (1992) refieren que en promedio el 10% de los padres maltratadores son psicóticos o tienen algún tipo de problemática emocional y/o mental.

Hay tres situaciones fundamentales para que se desencadene el síndrome del maltrato

- a) Un niño especial
- b) Un agresor
- c) Un motivo o detonador

Existen en forma universal diversos tipos de maltrato (Tabla 1), aunque existe la posibilidad de observar una combinación de estos tipos en un solo niño.

La frecuencia del problema se ha estudiado en el Instituto Nacional de Pediatría de 1984 a 1994 en el Departamento de Medicina Interna, dando como primer resultado 173 pacientes. Loredo (1984) que cumplieron con los criterios de maltrato. Loredo (1990).

En estudios posteriores se ha encontrado que el fenómeno se incrementa de 20 a 25 casos nuevos por año, por ello Loredo y Col. refieren con justicia que el maltrato es una realidad creciente en México. Loredo (1994), (Anexo 1)

T A B L A No. 1
FORMAS DE MALTRATO AL MENOR

Agresión Física

- Traumatismos múltiples
- Quemaduras.
- Fracturas poco comunes
- Hematomas subdurales

Abuso Sexual

- Violación.
- incesto
- Manipulación de genitales.
- Fomento de la prostitución.

Deprivación Emocional

- Carencia de cuidados.
- Carencia de atención.
- Dificultades psicoafectivas.

Deprivación Social

- Negligencia médica.
- Negligencia educacional.
- Negligencia alimenticia.

Formas poco comunes

- Síndrome de Münchausen en niños.
- Abuso Fetal.
- Abuso infantil de tipo ritual ó religioso.
- Niños de la guerra
- Niños en la calle y de la calle.

CARACTERISTICAS GENERALES DEL SINDROME:

DEL AGRESOR

El nivel socioeconómico no parece jugar un papel determinante ya que, como lo refiere Smith (1973), es una enfermedad del adulto y no de la pobreza; con relación a la vivienda, es probable que un ambiente poco atractivo y hostil favorezca el desarrollo de una personalidad agresiva; el estado civil de los agresores en el estudio de 173 casos, Loredó (1984) encontró que exactamente una cuarta parte del núcleo familiar estaba constituido, así también el 40.4% presentaban alguna toxicomanía. También el número de hijos por familia parece ser condicionante de la patología. La existencia de otros niños agredidos dentro del núcleo familiar ya ha sido estudiado, Friedman (1974), encontrando en los 173 pacientes que en el 35.8% existían otros niños maltratados además del caso índice; con respecto a la edad del agresor no constituye un factor de predicción en cuanto al comportamiento anormal encontrando en este estudio que en las mujeres el promedio de edad se hallaba entre los 26 años y en los varones en los 30 años de edad. En relación al sexo se encontró que es más frecuente en el femenino y que el miembro de la familia que más realiza este acto es la madre. En relación con la escolaridad en 128 pacientes estudiadas del grupo antes referido se concluyó que los adultos sin escolaridad no necesariamente son los únicos agresores por lo que deben de existir otros factores para generar el maltrato. En relación con la ocupación en esa casuística, 2/3 partes de los casos presentaron un ingreso económico eventual. Es muy difícil precisar que condicione la conducta agresiva del mayor hacia el niño, cualquier situación irritante para el primero puede conducir a la agresión.

DEL AGREDIDO

Loredó (1988) en su estudio refieren que el 65% de los niños maltratados se encuentra entre los 6 años o más y el 17% en menores de 2 años, siendo los niños más agredidos que las niñas hasta los 10 u 11 años y posteriormente se invierte el comportamiento por la inclusión del abuso sexual que es más frecuente en las mujeres, como dato importante se ha encontrado que las enfermedades agregadas se encuentran presentes en este síndrome como lo refiere Loredó (1984), (Anexo C), encontrándose en primer lugar la existencia de malformaciones congénitas, lo cual fue descrito inicialmente por Birrel (1988), en relación con la detención de crecimiento y desarrollo se ha encontrado que la privación emocional detiene el crecimiento físico sin enfermedad causal cuando existe la privación emocional se relaciona con una disminución de las capacidades intelectuales, ya que esto repercute en una pobre estimulación de la comprensión y del aprendizaje. Tierce (1985), Peters (1978), Kolb (1977).

DE LA AGRESION

En diversas investigaciones se refiere que la forma mas comun son los golpes utilizando manos pies y objetos contundentes (cintas, cuerdas, varas, palos, fuertes, etc.). Las lesiones predominan en la cabeza y cara, o diversas partes del cuerpo hasta fracturas de grado, intensidad y localización diversas. Loredo (1994) En relacion siempre con castigos las contusiones limitadas a las piernas y la parte inferior de la espalda. Se pueden encontrar los dedos en el brazo de un niño que ha sido agarrado con fuerza. La marca de una moñetada suele ser 2-3 líneas paralelas cruzando el menton. Que tambien se aprecian en los intentos de collar a un niño que grita incesantemente o al obligarlo a comer pueden producir contusiones en el lado superior y en el frenillo lingual. Las marcas de mordedura humana son dentadas en forma de media luna y una enfrente de la otra. Las dentadas curvas humanas son secundarias a golpes con cuerdas o sogas dobladas. marcas de latigazos se ven despues de pegar con astillas, ramas de arbol o reglas rígidas, palos de escoba, ganchos de ropa, etc. Pueden encontrarse marcas de estrangulamiento en el cuello o marcas circulares por cuerdas atadas a los tobillos o muñecas. la alopecia traumatica suele ser secundaria a tirones de pelo. el cuero cabelludo tiene una apariencia normal y los cabellos arrancados tienen longitudes diferentes; por debajo puede formarse un hematoma subgaleal.

Aproximadamente 10 a 10% de los casos de maltrato físico se relacionan con quemaduras y son variados los tipos que hay que identificar. Las quemaduras por cuerpos calientes son mas fáciles de identificar generalmente son de segundo grado, sin formación de ampolla y afectan a solo una parte del cuerpo. La forma es patognomónica. si el niño ha sido retenido contra una parrilla o una plancha electrica caliente. Las quemaduras de vaporizador producen lesiones circulares de tamaño uniforme. se encuentran frecuentemente en manos y pies. las quemaduras por agua caliente son el tipo mas frecuente de quemaduras provocadas. donde siempre hay ampollas.

El hematoma subdural es la lesion intencional mas peligrosa, cuando con frecuencia la muerte o serias secuelas, los lactantes manifiestan como: convulsiones y aumento de la presión intracraneal.

Las lesiones intra-abdominales son por orden de frecuencia la segunda causa de muerte en los niños golpeados. Estos niños cumplen con vomitos recurrentes, distencion abdominal, ausencia de ruidos intestinales, dolor localizado o shock; el hallazgo mas frecuente es la rotura de higado o del bazo. Los hematomas intramusculares en estos lugares pueden provocar una obstruccion intestinal transitoria.

Tambien es recomendable en todo niño con maltrato (los menores de 5 años) realizarle un rastreo radiológico consistente en radiografías de cráneo, tórax y huesos largos.

En las víctimas de violación o incesto, manipulación de genitales, el médico debe realizar una historia clínica, haciendo sus sospechas en los casos que por ejemplo: la niña prepuberal presente sangrado vaginal u otros síntomas ginecológicos inexplicables. La causa principal de enfermedad venerea en el niño prepuberal es la transmisión sexual por adultas. Ante un probable embarazo y la víctima no ofrece información respecto al padre se debe sospechar de un incesto. Villalobos (1987).

No se debe pasar por alto la falla de crecimiento; en un 70% aproximadamente se debe al descuido nutricional de los lactantes. En algunos casos la madre relata que el niño ha estado vomitando y con diarrea, lo que no se confirma durante el estatus del niño en el hospital. Generalmente los padres no han dado con anterioridad cuidados médicos para su hijo.

Loredo (1989) al determinar hormonas del crecimiento en estos pacientes no pudo demostrar una clara tendencia o relación entre el retraso del crecimiento físico y un espectro endocrinológico característico, pensándose que en los niños que cursan con maltrato, las causas de retraso en el crecimiento sean de tipo multifactorial. Es muy difícil precisar que condiciona la conducta agresiva del mayor hacia el niño, cualquier situación irritante para el primero puede conducir a la agresión.

La relación entre el maltrato y las alteraciones neuropsiquiátricas en los niños maltratados ha sido vista únicamente que pueden lesionar no solo el bienestar físico y salud sino el emocional y el cognoscitivo pudiéndose referir que estos niños que sufren cualquier tipo de maltrato pueden desencadenar baja autoestima, depresión, antisocialidad con agresión hacia compañeros y adultos, con mal funcionamiento cognoscitivo y académico, con un pobre desarrollo neurológico en niños de medio socioeconómico bajo. Sandgrana (1974), Jordan (1978), observándose bajo rendimiento escolar y comportamiento agresivo, Erickson (1969).

Se ha podido definir operacionalmente el maltrato al menor, sin embargo dentro del acervo cognoscitivo de una población abierta de padres de familia se desconoce el concepto y la manera como se interpreta el término de maltrato al menor. En este mismo sentido se ignora si la población conceptualiza las repercusiones que el maltrato a menores pueda producir sobre el crecimiento y desarrollo en los niños.

JUSTIFICACION

No obstante que el maltrato al menor, es un problema que ha venido aumentando hasta convertirse en nuestra sociedad en uno de los factores de deterioro de la salud, son pocos los estudios acerca de la imagen que la población en general tiene del problema.

El conocimiento de la información que tienen los padres de familia sobre el maltrato al menor puede servirnos de base para el establecimiento de programas preventivos, con la estrategia de proporcionar la información faltante y corregir información distorsionada, no sólo acerca de las causas, sino también de las repercusiones a mediano y largo plazo que tiene el maltrato al menor.

OBJETIVO

Conocer los conceptos que tienen los Padres de Familia sobre el problema del Maltrato al Menor, para el diseño de programas de prevención en estos grupos de población expuesta a riesgo de maltrato.

MATERIAL Y METODO:

El estudio se clasificó, prospectivo, transversal, observacional.

En razón que se ignora, las frecuencias en los estilos de respuesta por parte de una población abierta de padres de familia, no es posible calcular el tamaño de una muestra representativa, por lo cual esta estuvo constituida inicialmente de manera arbitraria por 200 padres de familia de alumnos de escuelas seleccionadas, tanto públicas como privadas, que nos comprendieran cuatro niveles educativos desde Preescolar, Primaria, Secundaria y Preparatoria Pertenecientes a los tres estratos socioeconómicos: alto, medio y bajo (ver anexo 3, tabla 2). Los cuales fueron tomados de acuerdo al ingreso per capita evaluado en relación al salario mínimo (ver anexo 4, tabla 3).

Se elaboro un cuestionario, basado en la historia natural de una enfermedad o un daño, Cravioto (1962), Rosales (1964), Rodríguez (1968). El cual consta de 52 preguntas abiertas, la formulación de las preguntas se realizó empleando una técnica indirecta, con la finalidad de ver las posibilidades de respuesta y de que el encuestado no se sintiera cuestionado directamente.

Todas las preguntas se expresaron de modo que fueran fácilmente comprendidas y sin inducir una probable respuesta, para obtener lo que constituye el concepto popular del maltrato al menor.

La confiabilidad del cuestionario inicial de 52 preguntas abiertas se obtuvo mediante el estudio piloto de 20 sujetos voluntarios del Instituto Nacional de Pediatría.

El cuestionario que muestra la historia natural de una enfermedad o un daño, está representado en un flujoograma y un cuestionario (ver anexo 5, tabla 4) que contempla los siguientes aspectos: Identificación de la Enfermedad, Etiología, Prevalencia, Etiología, Efectos, Repercusiones, Problemas agregados, Síntomas, Secuelas, Tipos Enfermedades agregadas, Tratamiento correctivo, Tratamiento preventivo, Transmisibilidad, Pronóstico, Percepción y actitud, Comunicación, Factores predisponentes.

Se solicitó la participación de las siguientes escuelas:

- Escuelas Privadas *

Colegio "Alexander Bain", Delegación Villa Alvaro Obregón
-que tiene los niveles de Preprimaria hasta Preparatoria.

* Escuelas Públicas *

Dado que no hay escuelas de Gobierno que tengan los 4 niveles educativos en un mismo predio, se eligió las siguientes escuelas:

Centro de Desarrollo Infantil "ISSSTE ESTANCIAS",
Primaria 52-112 República de Senegal,
Secundaria No.139 "José E. Rodó", todas estas ubicadas en la colonia insurgentes Cuicuilco,
México, D.F. y CCH Sur colonia Jardines del Pedregal, Delegación Coyoacán, México, D.F.

El trabajo de campo consistió en enviar los 200 cuestionarios a las direcciones de cada una de las escuelas participantes, los cuales fueron distribuidos proporcionalmente por los profesores en cada uno de los grupos, escogiendo a los alumnos de forma aleatoria simple. Rojas (1984), para que a su vez lleven el cuestionario al Padre o Madre de familia, el cual lo contestó de manera individual en el domicilio particular.

El encuestado leyó cada una de las preguntas del cuestionario anotando: fecha, grado escolar de su hijo, datos del Padre o la Madre: sexo, edad, ocupación, escolaridad formal, origen.

Se contestó de manera anónima por el Padre o la Madre del alumno, en un plazo de 1 a 3 días, para que posteriormente fuera regresado el cuestionario a las escuelas.

Una vez terminada la recolección, por parte de los profesores, los investigadores recogieron los cuestionarios, agradeciendo la participación al estudio, comprometiéndose a informar a los directivos los resultados de la misma.

En estudios previos Cravioto (1962,1964), se expresa el concepto de Salud y Enfermedad con la descripción de una encuesta realizada por medio de un cuestionario de preguntas abiertas basadas en la historia natural de una enfermedad o un daño, que es aplicable también para este trabajo, adaptando las preguntas a nuestra tema de estudio.

Rojas (1984) en su guía para realizar investigaciones sociales, refiere que con relación al tipo de preguntas se clasifican en cerradas y abiertas. Las primeras presentan las alternativas de respuesta con relación a la pregunta, y en las segundas se requiere de opiniones expresadas en forma más amplia, ambas tienen sus ventajas y desventajas, las cerradas facilitan la codificación pero pueden limitar la información.

En las segundas la dificultad consiste en cerrarlas, pues deben seleccionarse mediante un muestreo de cuestionarios aquellos que se resalta con su mayor frecuencia y su ventaja reside en que su información es más abundante, no hay limitaciones para el encuestado, permitiendo mayores elementos de juicio para formular sugerencias pertinentes al terminar el estudio.

En una investigación de actitudes es aconsejable manejar preguntas abiertas, ya que se puede conocer mejor la postura que se guarda a otros individuos o situaciones, que tenemos en el caso del estudio que emprendemos.

DEFINICION DE LA POBLACION

Criterios de inclusion

Se incluiran a los Padres de Familia de alumnos de escuelas públicas y privadas con diferentes estratos socioeconómicos, (alto, medio y bajo), que autoricen su participación en la investigación.

Criterios de Exclusion

Quedaran fuera del estudio aquellos que no fueran padres de alumnos de las escuelas participantes o que no acepten contestar el cuestionario.

ANALISIS ESTADISTICA E INTERPRETACION DE LA INFORMACION

De las preguntas abiertas del cuestionario aplicado a 200 personas del estudio, se procedió a cerrar las respuestas de acuerdo al procedimiento propuesto por Rojas Soriano (1984), que consiste en seleccionar mediante un muestreo de cuestionarios aquellas respuestas que se repitan en su mayor frecuencia.

Con los datos obtenidos mediante el cuestionario se calculó la frecuencia de personas que contestaron bajo un mismo contexto de respuesta y se construyó un perfil de imagen del maltrato al menor. Los resultados se expresan en forma de una característica (frecuencia mayoritaria de entrevistados) y el porcentaje de esa respuesta sobre el total de respuestas.

Para estadística descriptiva se elaboraron representaciones tabulares y gráficas utilizando las representaciones numéricas a los porcentajes. En estadística inferencial se utilizó la prueba de la diferencia máxima de Kolmogorov-Smirnov Castillo (1991), para demostrar diferencia estadística en la frecuencia observada con respecto a una frecuencia teórica esperada de la hipótesis nula.

El nivel de significancia utilizado fue de $p = 0.05$ para aceptar hipótesis alterna.

RESULTADOS

Se encuestaron un total de 300 padres de familia de alumnos de escuelas tanto privadas como públicas. Las características generales de los padres se muestran en los cuadros (ver anexo b) la distribución por sexo mostró: 53 masculinos (26.5%) y 147 femeninos (73.5%). Hubo mayor participación de las madres por encontrarse en su domicilio.

La edad de esta muestra varía con un rango de 20 a 55 años. La educación formal fue desde nivel primaria hasta especialidad, el mayor porcentaje (27%) con nivel licenciatura. Las actividades de las personas que conformaron esta muestra fue de 40% dedicadas al hogar y 32% a diversas ocupaciones, el 27% correspondía a padres jubilados por lo que no se encontraban trabajando. La mayoría procedentes de México, D.F.

El análisis de las respuestas al cuestionario de acuerdo a la opinión de los padres entrevistados es el siguiente (ver anexo 7), en el apartado de identificación de la enfermedad definen el maltrato en un porcentaje mayor al 80% como una agresión física, psicológica y verbal, en porcentaje semejante fue conceptualizado como una enfermedad y un problema de carácter social.

En el capítulo de Sinonimia u otra forma de llamar al maltrato, no difiere significativamente con respecto a identificación, ya que le siguen considerando una agresión física, un abuso y una vejación (63.23%).

En cuanto a prevalencia, el 50% de los padres refirieron no conocer casos de maltrato, el concepto de la población entrevistada consideran que es un problema grave en México y que es igual que en otras partes del mundo. Al mismo se conceptualiza que el maltrato en los menores es semejante en todo el año, por lo que no hay una variación estacional (32%).

Por otra parte, la forma más común es la del maltrato físico (44%), psicológico (27%) y el maltrato verbal (32%) y en menor porcentaje (6%) el abuso sexual.

Respecto a la etiología, el mayor porcentaje de respuestas se considera que es debido a problemas psicológicos y psiquiátricos del maltratador (29.70%), falta de educación y cultura de los padres (24.44%) y en menores porcentajes piensan que es debido a problemas económicos. Por otra parte consideran que no hay causas atribuidas al sexo, por lo mismo creen maltratan tanto a niños como a niñas (63.66%).

No hay factores predisponentes en cuanto al sexo ya que a ambos maltratan, tanto a los niños como a las niñas y el agresor puede ser tanto hombre como mujer (85.5%) con respecto a la edad del agresor no constituye un factor de predicción ya que agreden a cualquier edad, respecto a los niños los maltratan a todas las edades (45.66%), desconocen qué grado de escolaridad tienen los maltratadores y los niños maltratados (39.67%).

En cuanto a la ocupacion piensan que se pueden encontrar tanto trabajando (24%) o estudiando (13.78%). El nivel socioeconomico parece jugar un papel determinante dado que refieren se presenta más en el nivel bajo (61.54%) y en porcentaje mas bajo piensan que se da en todos los niveles (20.94%).

Respecto a trasmisibilidad, porcentaje mayor el 80% considera que es factible la trasmisibilidad del maltrato al menor por ser imitada por otros adultos y que se pueda dar de generacion en generacion (71.50%).

En cuanto a la sintomatologia, piensan que las partes mas afectadas son la cabeza (29.21%), así como todo el cuerpo (10.11%), los principales sintomas que muestra el niño maltratado es terror (18.32%), odio (15.65%), dolor (14.89%), e impotencia (13.74%). El comportamiento del niño se muestra tímido (28.70%), rebelde (27.25%) y temeroso con miedo (15.07%). La conducta del maltratador, se muestra agresivo (38.41%), pero tambien consideran que se comportan de manera normal (17.05%) y en menor porcentaje se muestra angustiado (7.93%). El lugar en que mas los maltratan es el hogar principalmente (47.82%), pero tambien en cualquier otro lugar (18.57%), en la calle, publicamente (10.48%), hay tambien un porcentaje del 17.14% que refiere no saber en donde lo realizan.

En la parte del daño, se cree que los adultos como maltratan a los niños, es de muchas formas, desde físicamente golpeando (47.81%), insultandolos verbalmente con amenazas constantes (20.94%). Se piensa que un niño maltratado se puede tener otras enfermedades agregadas (30.17%). Los efectos que produce son principalmente daño psicologico (52.14%) y físico (16.43%) fundamentalmente, así como cambios en su conducta (15.35%).

Secuelas, se sabe que fue maltratado porque físicamente le quedan huellas (41%), solamente 0.40% refiere que por los exámenes psicologicos. En cuanto al tratamiento deben recibir algun tipo de ayuda, apoyo psicologico al maltratador (31.80%) y denunciarlo a las autoridades para que los metan a la carcel (30.54%).

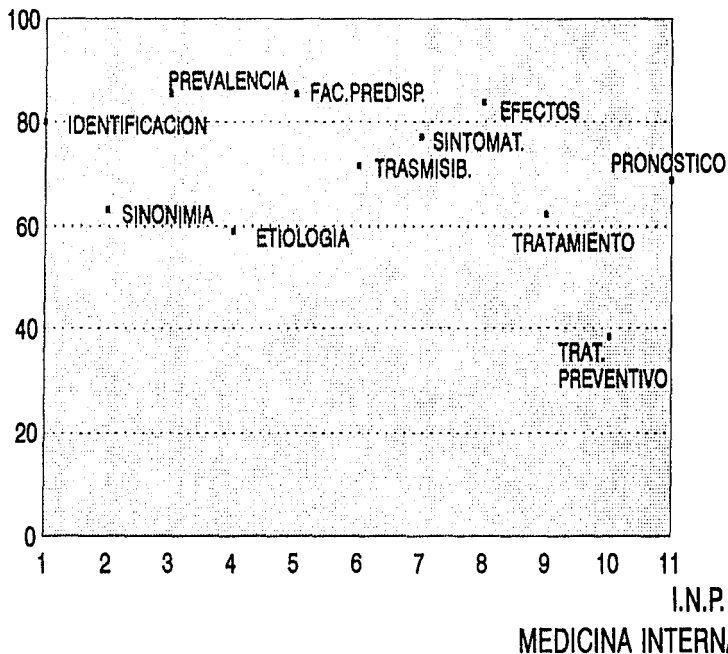
En tratamiento preventivo, refieren no saber como prevenirlo (19.70%) e elaborar campañas (18.72%).

En pronostico y/o repercusiones, existe un acuerdo comun en la muestra entrevistada en el sentido de que un niño maltratado puede repetir el esquema de ser en el futuro un padre maltratador (33.78%) y en similar porcentaje la posibilidad de que un niño que ha sido maltratado pueda tener conducta delictiva y apoyarse en la farmacodependencia (30.09%), que serán personas introvertidas e inseguras (14.96%) piensan que los problemas que le va a traer el agresor el maltrato al menor son problemas legales (33%), problemas psicologicos (26.32%) y ningún problema (15%), un porcentaje alto (17.70%) define no saber que problemas les traera.

En la gráfica de resultados, se presenta la historia natural de la enfermedad del maltrato al menor, observando que la prevención representa el más bajo porcentaje de personas que conceptualizan medidas de prevención.

GRAFICA DE RESULTADOS

HISTORIA NATURAL DE LA ENFERMEDAD DEL MALTRATO AL MENOR



DISCUSION

De 200 padres entrevistados, obtuvimos el perfil de la imagen del maltrato al menor. Como puede notarse después de analizar los conceptos que tienen los padres de familia entrevistados, tal vez uno de los puntos más relevantes consistió en la **DEFINICION**, el concepto popular del maltrato es definido como una forma de agresión física (golpear), psicológica (amenazar, degradar), tratar mal, un abuso, atropello, un daño, sacar ventaja y agredir verbalmente al niño con gritos e insultos, lo que de alguna manera es verdadero, tomando en cuenta que con una de las tantas formas de maltrato referido por Loredo (1994), esto nos revela que efectivamente tienen una idea sobre de las formas de maltrato pero no tienen una definición como tal.

En estudios realizados por diferentes autores Loredo (1990), Primero (1992), Kempe (1992), Loredo (1984), actualmente se considera en este síndrome a todos los niños que sufren lesión física o mental, abuso sexual, trato negligente o abandono de todo individuo menor de 18 años por parte de sus padres, cuidadores u otras personas responsables del niño bajo circunstancias intimidatorias de peligro o amenaza por la salud y bienestar del mismo Villalobos (1987). Algunos autores prefieren una definición basada en la causa, considerando el abuso del niño como una expresión externa de disfunción familiar Loredo (1988), Feigelson (1988), Espinoza (1971).

Otros autores consideran que el síndrome se define como la forma extrema y extrema de lesiones no accidentales, privación emocional, o de cualquier modo de agresión sexual, ya sea en forma aislada o en diversas combinaciones por los padres y parientes cercanos o adultos en estrecha relación con la familia, Loredo (1994). El castigo corporal puede definirse como necesario para mantener la disciplina y excusar lesiones menores. Esto representa una inversión psicológica por virtud de la cual el dolor se concibe como algo bueno Reece (1982).

El tema había sido considerado desde siempre como estrictamente "privado" fundado en una visión paternalista que incluye "el derecho a la corrección. Actualmente se considera un problema social". Los códigos civiles de 14 estados del país mantienen el "derecho a la corrección", que implica que los padres pueden castigar a sus hijos "siempre" y cuando las lesiones ocasionadas por el castigo no tardan más de quince días en sanar.

En cuanto a la Sinonimia, anteriormente Kempe (1961) intrajo el término de "Síndrome del Niño Golpeado" conociéndose desde entonces un sinnúmero de sinónimos, en la actualidad le llama Loredo (1994) "Síndrome del Niño Maltratado", (S.N.M.)

Prevalencia e incidencia: los padres entrevistados mostraron poca consistencia con respecto a la existencia de casos de maltrato siendo este un problema grave, considerando que es igual en México que en otras partes del mundo, sin mostrar una tendencia estacional, por lo que el maltrato se puede dar en cualquier fecha, Loredo y cols. (1994), refieren que en las últimas horas de la noche o las primeras de la madrugada son llevados al hospital después de 3 o 4 horas para ocultar el evento, pero la gravedad y persistencia de las lesiones los hace recurrir a un hospital.

Es difícil tener estadísticas que nos revelen la realidad del fenómeno, el panorama del problema a nivel mundial nos dice por ejemplo, que en Inglaterra y países de Gales de 1983 a 1987 se reportaron entre 11 300 y 23.500 casos por año de maltrato físico y de abuso sexual de 680 a 8 980 casos registrados; en Japon, 1986, se registraron 328 casos; Francia, 1987, alrededor de 400 a 700 muertes por año, y una de cada 200 admisiones hospitalarias son consecuencia de agresión al menor, el abuso sexual con una frecuencia de 80.000 a 100.000 casos por año, así mismo en U.S.A. fueron recibidos 10.000 casos de abuso, de los cuales 2.800 pertenecieron a la Cd. de Nueva York; en 1987, 2,2 millones de casos con un incremento de 22.5% a partir de 1978, abuso físico 30%, abuso sexual 20%, negligencia 50%, de 1 a 2% de los niños son víctimas de cualquier abuso. En Surca la tendencia del problema es 11 veces menor que en U.S.A. y en países de América Latina como Brasil, de 1986 a 1989 se registraron 900 niños víctimas de violencia.

En México no existen estadísticas exactas al respecto, aunque desde 1987 o en los últimos 10 años, en centros pediátricos del IMSS se han reconocido más de 80 casos de este síndrome en publicaciones más recientes, 1994, en el Instituto Nacional de Pediatría, Loredo y cols registraron, una prevalencia de 1984 a 1991 de 173 casos, con una incidencia de 20 a 25 casos nuevos por año. El censo realizado en 1995 muestra una tendencia "a mayor maltrato familiar, mayor impacto de arrojar al menor a la calle aunque este permanezca ahí para satisfacer sus necesidades primordiales. En un contexto de pobreza, la familia actúa como elemento expulsor, y la calle como elemento retentivo".

El proyecto oficial de niños en circunstancias especialmente difíciles del UNICEF en México, asegura que "hay un recrudescimiento de la presencia de niños callejeros en toda América Latina, pero en especial en México, también de la violencia intrafamiliar".

En la "exposición de motivos" de la Ley de Asistencia y Atención para la prevención de la violencia intrafamiliar se establece que 2,045 niños fueron víctimas de algún delito en 1995. En el albarque de la PCJBP ingresaron 703 niños con lesiones severas. Hasta marzo del año curso, se habían iniciado 245 averiguaciones previas que involucran a 425 menores como víctimas de algún tipo de maltrato. En el primer trimestre de 1999, se incrementaron 15% los casos de denuncias de maltrato y 20% los de abuso sexual, en comparación con el mismo periodo de 1995. A mediados de abril pasado, en el Seminario contra la explotación sexual de niños y adolescentes en América, en Brasilia, el UNICEF calculó en 2 millones a los niños explotados sexualmente en el mundo.

Según un reporte de UNICEF-COVAC, en 1999 se reunieron estadísticas oficiales y no gubernamentales de 24 estados y el D.F. que reportaron 29.000 casos de maltrato y abuso sexual al menor, entre enero de 1990 y julio de 1999.

En el manual sobre el "Maltrato y Abuso Sexual al Menor, aspectos psicológicos, sociales y legales", elaborado por el UNICEF y COVAC se establece que 60% de los casos de maltrato no se reporta; cualquier cifra que puede representarse "es apenas la punta del iceberg".

En cuanto a la etiología, el pensamiento de los padres encuestados es en forma lineal, los casos son atribuibles a los padres agresores por sus problemas psicológicos, psiquiátricos, falta de educación y por aspectos culturales, así como también por los problemas económicos, siendo esta una realidad y un problema multicausal; en la actualidad la literatura, Loredo y cols (1994), nos refiere que cuando la madre es la maltratadora es debido a que pasa la mayor parte del tiempo con el niño, y tiene una incapacidad para ver como el hijo está separado de ella, y porqué es un producto no deseado, también puede deberse a que son niños con malformaciones congénitas o enfermedades crónicas y lesión neurológica. Es conveniente señalar que fueron personas con, y uso de alcohol y drogas.

Loredo y cols.(1994) refieren que los padres agresores presentan problemas de tipo psiquiátrico, menciona que en cuanto a las causas de la agresión por nivel cultural y económico, se encuentran en todos niveles. En cuanto al sexo del niño maltratado se da en proporciones iguales en ambos sexos, pero es diferente en el tipo de maltrato, en el abuso sexual el porcentaje se incrementa más en el sexo femenino la literatura reporta en cuanto al agresor en primera instancia es la madre. También en cuanto a la edad, se presenta más en edad preescolar. En escolaridad datos epidemiológicos reportan Loredo y cols.(1994) que en los agresores la mayoría tienen como nivel máximo de estudios la primaria, también refiere que los adultos sin escolaridad no son los únicos agresores, por lo tanto es necesario considerar que además el grado de escolaridad existen otros factores que generan maltrato, en cuanto a la ocupación 66% de los agresores femeninos está dedicada a las labores del hogar y 25% son madres trabajadoras.

En cuanto al nivel socioeconómico la literatura reporta que se presenta en todos los niveles.

Kempe (1961), señala como factores de riesgo, si fue el padre o la madre maltratado, con antecedentes de enfermedad mental, son sospechosos de haber hecho objeto de maltrato a algún hijo, los padres con pérdida de autoestima, usan esta actitud de depresión, también con problemas conyugales como divorcio, fracasos, deudas, frecuentes cambios de domicilio, padres con frecuentes descargas de mal humor, con expectativas rígidas, alejados de la realidad con respecto al comportamiento del niño, lo castigan duramente y consideran su comportamiento como provocativo y difícil, lo rechazan y le niegan cariño.

Los padres entrevistados piensan que no hay factores predominantes, por lo tanto no existe un perfil que identifique tanto al maltratador como al niño maltratado, dijo que maltratan por igual al niño que a la niña y los padres maltratadores pueden ser tanto el hombre como la mujer, desconocen la edad que puedan tener tanto el niño maltratado como el maltratador, ya que esto se realiza en cualquier edad, desconocen el nivel de escolaridad del agresor, ni en que etapa educativa del niño se pudiera presentar, pueden estar trabajando o desempleados y que se puede presentar en todos los niveles socioeconómicos.

Efectivamente no existe un perfil del maltratador y del niño maltratado, sin embargo en la experiencia Loredo y cols (1994) refieren que hay algunos indicadores que se han encontrado respecto al niño maltratado, en cuanto al sexo se reportó 98 casos sexo femenino y 75 masculinos, es más frecuente en masculino cuando se trata de hijo único, en femenino si es el 2er. o 4to. hijo.

Respecto al abuso sexual se reportó más en el sexo femenino.

Respecto al sexo del agresor es más frecuente en el sexo femenino mayormente en la madre, en cuanto al agresor del abuso sexual se reporta más en el sexo masculino. La edad promedio de los agresores es en las mujeres a los 26 años y varones 30 años, o también se presenta en muy jóvenes 13 ó 20 años, o muy viejos.

En cuanto a la edad del niño maltratado en 82 casos fueron preescolares de 6 años, porcentaje mayor 85%, en lactantes 54 casos, menores de 2 años 17%, en 47 casos en escolares y 10 casos en adolescentes. En cuanto a la escolaridad del maltratado es en el preescolar la escolaridad del maltratador, en la mayoría nivel primaria. En cuanto a la ocupación del agresor masculino, 39 casos empleado y 25 casos subempleado, en el caso del agresor femenino 58 casos dedicadas al hogar y en menor porcentaje dedicadas a diversas ocupaciones, en el nivel socioeconómico se presenta en todos, pero es más frecuente en el nivel socioeconómico bajo.

Respecto a la transmisibilidad, en muchas ocasiones los padres tienen una cultura ancestral recibida a través de golpes o de maltrato y manifestada en sus hijos por una serie de frustraciones y de expectativas no cumplidas, que a su vez exigen que los hijos los realicen, y si esto no se cumple reflejan un doble castigo hacia el menor y hacia ellos mismos.

Los padres entrevistados piensan que es factible la transmisibilidad del maltrato al menor por ser imitado por otro adulto. Loredo y cols (1994) refieren que en 20% de casos hubo antecedentes de que el agresor fue maltratado de niño, el patrón de conducta agresiva tiende a repetirse, parece ser que es un modelo de conducta aprendida de la cual el agresor difícilmente se desprende, por que no se da cuenta.

Sintomatología: las lesiones que predominan son traumatismos de los cuales el tipo más observado son los golpes y las partes más afectadas son cráneo, cara y cuello. Los principales síntomas, refiere Loredo (1994), muestran baja autoestima, problemas de identidad, torpes en sus sentimientos e inseguros, dificultad para organizar su mundo interno, aislamiento y soledad, así como conductas agresivas muy con ganas de sentirse mal desaprobatarios. También se notan las arreces, cualquier sentimiento de desaprobación se manifiesta a través de enojo, depresión, desesperanza, son niños que se ven enojados, que algunos parecen aislados presentan conductas destructivas y de abuso sobre otros niños, muestran excesiva o nula ansiedad ante los padres que se separan de ellos, constantemente están llamando la atención, quisiéramos problemas de aprendizaje y de bajo rendimiento académico, son apáticos, son tendencias a sufrir accidentes o están inmersos en situaciones peligrosas.

En cuanto al tratamiento, hay un acuerdo común entre los padres entrevistados de que se debe dar apoyo psicológico al maltratador y denunciarlo a las autoridades. En gran parte esto es una realidad, ya que de acuerdo a la literatura nos refiere que se debe dar tratamiento integral, manejo médico psicológico y psiquiátrico tanto al paciente como al agresor y a toda la familia, así como un análisis social de la familia y consideración del estado jurídico, por lo que debe haber un reconocimiento del problema, darle protección al menor, informar del caso a las autoridades competentes dependiendo del caso, y en el mejor sentido ayudar a la familia para evitar la desintegración dando rehabilitación, y al egreso del paciente tener vigilancia periódica.

Hay un gran desconcierto sobre la prevención por parte de las familias entrevistadas, es conveniente para el tratamiento preventivo que surja por parte de estas familias el deseo de recibir ayuda y tratamiento; es recomendable medir la psicopatología de los padres y la capacidad que muestran al cambio; medir en el niño el nivel de desarrollo emocional, mejorar el vínculo entre madre e hijo. Buscar que factores de riesgo hay ante la separación de los padres. Ver cada caso de manera individual, evitar que los niños tengan hospitalizaciones recurrentes, no favorecer la existencia de niños e instituciones, insistiendo en la integración familiar. Prevenir complicaciones emocionales y sociales que se presenten en la edad adulta. En cuanto al diagnóstico clínico, realizar historia clínica, exploración física, recurrir a estudios de gabinete, examen radiológico, uso del colposcopio para examen en caso de abuso sexual, atención médica, quirúrgica.

No debe de sorprender que los programas para familias que pueden de los niños tienen connotaciones desagradables. El estigma debe evitarse con programas preventivos primarios que se dirijan a un auditorio más general y una aceptación mayor pudiera lograr mayor eficacia. Reece (1990).

Los sistemas preventivos secundarios requieren tener capacidad de identificar la población a riesgo de maltrato infantil. Se han llevado a cabo diversos intentos de medidas de detección pero hasta aquí ninguno de ellos tiene sensibilidad, especificidad y valores de predicción adecuados que resulten útiles en el medio clínico. Rodríguez (1994).

La prevención o el tratamiento terciario del maltrato infantil depende de la identificación precisa del abuso y del descuido, Rodríguez (1996).

En el campo de la prevención primaria, hoy que dirigir la mayor atención a descubrir niños que se hallan en alto riesgo dada la incidencia y la prevalencia de diversos problemas en este grupo de edad, Rodríguez (1988).

En este sentido, la inquietud de este trabajo va enfocada a la prevención primaria, partiendo de la base de conocimientos que tienen los padres de familia acerca del maltrato al menor, saber que piensan al respecto, si les ha perjudicado o no, y en caso de ser una víctima que puede hacer al respecto, a dónde acudir, como tratarlo en caso de que tuvieran poder que harían ellos, que alternativas proponen, en cuanto a la prevención o las dudas de los padres acerca de si están corrigiendo una conducta a manera de educación o están maltratando a sus hijos, hoy por hoy, tales preocupaciones son principalmente de tipo anecdóticas y la valoración de un programa de prevención por medio de la encuesta nos dará más en el respecto. Los esfuerzos deben dirigirse a obtener el mejor conocimiento de este problema en su conjunto y existir la necesidad de más investigación en este campo.

Un punto adicional que afecta la práctica clínica se refiere a cuales estrategias preventivas se deben resultar eficaces, aunque se han desarrollado gran número de intervenciones de este tipo y se han puesto en ejecución, Massachusetts (20) Chicago (24), Strauss (25), Wurtzel (26) es relativamente poca la investigación rigurosa que se ha llevado a cabo para examinar la eficacia de tales esfuerzos.

En el campo de la pediatría, como la investigación se pueden implementar programas útiles para prevenir el maltrato infantil. Esto es posible en diversos medios, incluyendo hospitales, escuelas, agencias de la comunidad.

El fin primario de la encuesta es determinar el conocimiento que se tiene del maltrato infantil. Al mismo tiempo, el contexto de la familia y el ambiente es crucial para planear las intervenciones adecuadas. En general constituye el punto clave y más urgente a considerar, este refiere a los padres y la familia.

En este sentido, la atención primaria de salud basada en métodos y tecnologías prácticas científicamente fundadas y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias presenta puntos de evolución característicos en la historia natural del maltrato, con las diferentes etapas de su desarrollo.

El concepto de la historia natural de la enfermedad fue introducido por Sir Mac Farlane Burnet en 1940 aplicándolo exclusivamente a las enfermedades infecciosas. Hoy día en los países desarrollados las enfermedades infecciosas casi forman parte del pasado, posteriormente Leguél y Clark derivaron de esa base conceptual, su aplicación a cualquier tipo de enfermedad y dentro de ese esquema general, se estructuró todo un sistema de prevención, Rodríguez (1989).

La prevención, por lo tanto, a cualquier nivel de aplicación en la progresión de la historia natural de cualquier enfermedad, depende del conocimiento de las múltiples causas relacionadas con los factores del agente, del hospedador y del ambiente y de la facilidad con que estas causas pueden ser contrarrestadas.

COMENTARIOS

Un comentario de interés en esta encuesta es que aproximadamente en el 11% de las respuestas del cuestionario, la población en estudio refirió no saber una respuesta, dándonos la connotación de que existe una gran ignorancia al respecto.

Una variable no contemplada fue el determinar la prevalencia o sea el número de casos existentes en un tiempo o lugar dado de este síndrome en los sujetos encuestados, dado que no era el motivo de este estudio el saber estadísticas de la prevalencia del maltrato al menor en sus diversas formas, esto es motivo de otras investigaciones. Estamos conscientes de que este dato es importante ya que pudiera haberse encontrado antecedentes de maltrato infantil entre los padres encuestados, esto nos deja una enorme duda, ya que el 85% de los entrevistados refirieron no conocer casos de maltrato.

Por otra parte no hay que olvidar que el problema de maltrato es un tema médico-legal que puede afectar a las familias encuestadas, por lo que los maestros de las escuelas participantes manifestaron la necesidad de orientar y realizar pláticas con énfasis de contenido educacional; y que proporcione a las familias las herramientas necesarias para evitar tempranamente maltrato al menor.

Loredo y cols. refieren que es muy factible que el abuso sexual en cualquiera de sus modalidades sea el tipo de maltrato al menor que poco se había dado a conocer en el ambiente social y legal a pesar de existir en una frecuencia muy elevada en los diferentes países, sin embargo la discrepancia de la problemática en diversos foros médicos, legales y sociales ha permitido establecer en la actualidad su existencia, por lo tanto han sido más y más frecuentes las denuncias.

Es alarmante ver que de acuerdo a los resultados 2 de cada 10 individuos entrevistados no conocen medidas de prevención. Así como también solamente el 3% de los padres encuestados consideran el abuso sexual como una forma de maltrato.

RECOMENDACIONES

Se debe enfatizar la existencia de este problema en la sociedad mexicana.

Implementar programas preventivos y educativos para informar adecuadamente a los padres de familia

La necesidad urgente de crear conciencia en la sociedad de que el abuso sexual es una de las formas de maltrato más dañinas.

BIBLIOGRAFIA

1. Birrel,R.G.Birrel,J.H.W. The Maltreatment Syndrome in Children: A Hospital Survey.*Med.J.Aust* 1968, 2:1020-1029.
- 2.Bowly,J. Cuidado Maternal y Amor. Ed Fondo de Cultura Economica S.A. 1985. pp.13,14,20,21,34-39,42.
3. Bowly J: Vinculos Afectivos: Formación, Desarrollo y Pérdida. Ed. Morales. 1985. pp.15,95,129-130.
4. Bowly, J. Hearthers G. citados por Hurlock 1986
5. Castilla,S.L,Cravioto,M.J. Estadística simplificada para la investigación de las Ciencias de la Salud. Ed.Trillas. México.D.F., Junio 1991.
6. Cravioto,J,Rivera,L,Perez Navarrete,J.L.: Ensayo de Sistematización del Concepto de Enfermedad Trasmisible Boletín de la Of.Sanit Panam L III,2,1962: 136-144
7. Erickson,M.F.,Egeland,B. The Effects of Maltreatment on the development of young children. of: Child Maltreatment: Theory and research of causes and consequences of child abuse and neglect. New York: Cambridge University Press. 1989:647.
8. Fielsenon,Ch. Un niño no sido golpeado. Ed. Biano 1985. pp 11
9. Friedman,S.B,Morse,C.W. Child abuse a five year follow-up of early case finding in the Emergency Department. *Pediatrics* 1974. 54:404-410
10. Goldson,E,Fiten,M.J. Child Abuse: It's relationship to birthweight, appgar score and development testing. *Am J Dis Child*.1978. 132:790.
11. Kempe,R. Kempe,H. Niños Maltratados. Serie Bruner. Ed. Norata. 1985,pp.13,28,29,32,33,36,57,62.
12. Kempe CH Heifer,R.E. Helping the battered child and his family. Philadelphia: JB Lippincott.1992
13. Kolb,L.C: Moderno Clinico Psychiatry. 9a ed.Philadelphia. WB Saunders. 1977:621.
14. Loreda A A.,Reynes,M.J.,Corbajal,R.L. El Niño Maltratado: Una realidad actual en México. *Act. Ped. Mex.* 1984: 5:28-37
- 15.Loreda,A.A. El Niño Maltratado y con deprivación emocional. *Medicina Interna Pediátrica*. 1a. Ed 1986: 479-494.

16. Loreda, A.A.; Reynes, M.J.: El Maltrato al Menor: Una realidad creciente en México. Bol.Hosp.inf. Mex 1988; 43:425-432.
17. Loreda, A.A., Cornejo, E.J., Ulloa, A.A., Comportamiento Endocrino del Niño Maltratado en la fase aguda de la agresión. Bol.Med Hosp inf Mex 1989; 48:272-276
18. Loreda, A.A.: El Maltrato al Menor, espectro clínico. Ed.Medicina Interna Pediátrica, 2a.ed. México: Nueva Editorial Interamericana, 1990.
19. Loreda, A.A. y cols: Maltrato al Menor. 1a.ed. México: Nueva Editorial Interamericana, 1994
20. Marcovitch J. El Maltrato a los hijos. Ed. Espasa. 1978
21. Massachusetts Committee for children and youth. Preventing child abuse: A resource for policy makers and advocates. Boston, Massachusetts Committee for children and youth, 1987
22. National Committee for the prevention of child abuse. Child abuse prevention project profiles. Chicago, National Committee for the prevention of child abuse, 1982
23. Nava, S.A. Víctimas de drogas permitidas. Estrategias de atención. Ed.Prensa. Qro., México, 1996
24. Osorio y Nieto. El Niño Maltratado. Ed. Trillas. 1989 pp 11-12
25. Peters, J.J. Children who are victims of sexual assault and psychology of offenders. Am.J.Psychoter 1976; 30:398-421
26. Pierce, R.L. Pierce, L.H. Analyses of sexual abuse hotline reports. Child Abuse Negl 1985; 9:37-46
27. Pramera, R.E. La importancia de una definición completa del Maltrato a los menores, en: El Abuso contra los niños, una perspectiva multidisciplinaria. México: FICOMI, 1992.
28. Rocco, M.R. El niño maltratado. Clínica pediátrica de Norteamérica. Ed. Interamericana Mc Graw-Hill. 4.1979
29. Rodríguez D.J., Mejía, M.J.: Epidemiología e Historia natural de la enfermedad en infectología clínica pediátrica. González S.N., Torales T.A., Gómez B.D. Ed. Trillas, 4ed. 1986. México, D.F. pp 15-43.
30. Rodríguez H y Sánchez Sosa J. Prevención primaria del maltrato infantil en Salle M. et al. Ed. Treinta años del Psicoanálisis en México. 1989. Asociación Psicoanalítica Mexicana, pp.36
31. Rojas, S.R.: Guía para realizar investigaciones sociales. Plaza y Valdez. 1964.

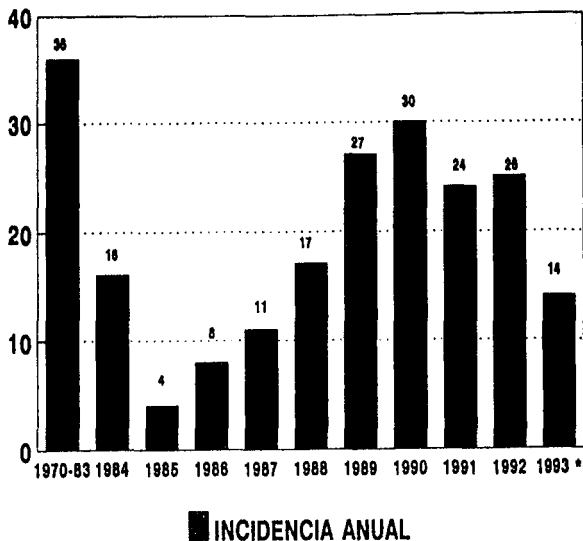
32. Rosales, L., Quintanilla, C.L., Cravioto, J.: "Operación Nimiquipa: 5". Epidemiología popular de enfermedades prevalentes en el medio rural de Guatemala. VII Congreso Nacional Pediatría, Guatemala. 5 a 18 de Marzo de 1964.
33. Roselot, V.: El Niño Maltratado. Consideraciones epidemiológicas, clínicas y jurídico-sociales. Boletín del Instituto Interamericano del Niño. 1961 pp 9-13.
34. Sandgrund, A., Gaines, R.W. Child Abuse and Mental Retardation. A problem of cause and effect. Amer J Ment Def. 1974. 70:237
35. Smith, C.A. The battered child. New England. J Med. 1973. 289: 322-323.
36. Straus, M.A. Ordinary violence, child abuse and wife beating. In: Finkelhor, et al (eds) The darkside of families violence research. Beverly Hill, CA Sage. 1963. 213-234.
37. Villalobos, G.L. Síndrome del Niño Maltratado (Secuelas físicas y psicológicas). Tesis Recepcional Universidad Regional del Sureste, Oaxaca. 1978. 14-18.
38. Wurtele, S.K. School - based sexual abuse prevention programs a review. Child abuse Negl. 1987. 11:483-496.

ANEXOS

ANEXO 1

CASOS I.N.P.

FIGURA 1

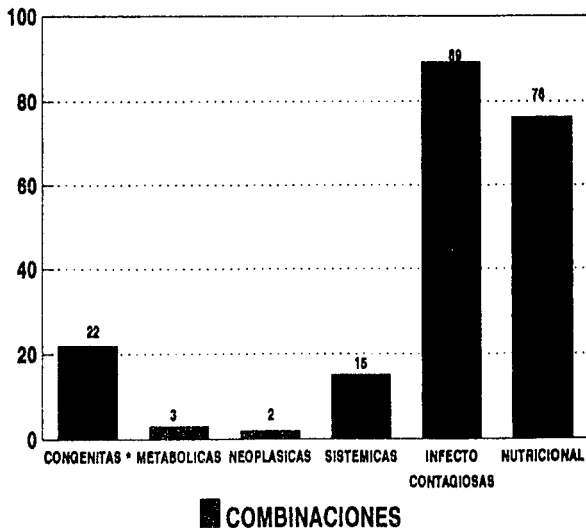


* Primer Semestre

ANEXO 2

ENFERMEDADES AGREGADAS

FIGURA 2



* Congénitas 13%
Población general 2%

ANEXO 3

TABLA No. 2

DISTRIBUCION DE LA MUESTRA DE ACUERDO
AL NIVEL SOCIO ECONOMICO Y NIVEL ESCOLAR

NIVEL ESCOLAR	GRADO	NUMERO	NIVEL SOCIOECONOMICO
ESCUELAS PRIVADAS	PREPRIMARIA	25	ALTO Y MEDIO
	PRIMARIA	25	
	SECUNDARIA	25	
	PREPARATORIA	25	
ESCUELAS PUBLICAS	PREPRIMARIA	25	MEDIO Y BAJO
	PRIMARIA	25	
	SECUNDARIA	25	
	PREPARATORIA	25	
TOTAL		200	PADRES

ANEXO 4

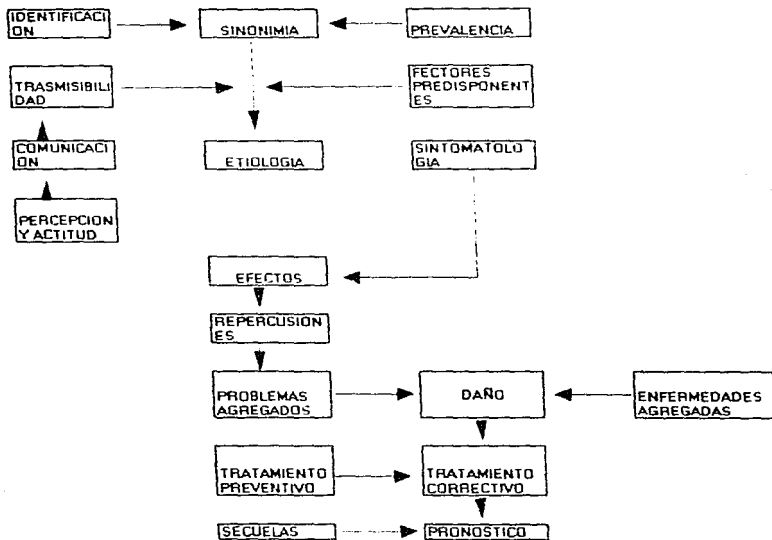
TABLA No. 3
 DISTRIBUCION DE LA POBLACION SEGUN INGRESOS Y
 EDUCACION FORMAL Y OCUPACION DE LOS PADRES DE FAMILIA

INGRESO/PER CAPITA	EDUCACION FORMAL DE LOS PADRES	OCUPACION DE LOS PADRES
> 10 SALARIOS MINIMOS	ESTUDIOS PROFESIONAL Y POSGRADO	PROFESIONALES
9- 5 SALARIOS MINIMOS	LICENCIATURA	PROFESIONALES EMPRESARIOS
4-1 SALARIOS MINIMOS	EDUCACION MEDIA Y TECNICA	COMERCIANTES OTROS
1 SALARIO MINIMO	SECUNDARIA	EMPLEADOS ADMVOS. OTROS
< 1	PRIMARIA ANALFABETAS	DESEMPLEADOS HOGAR

ANEXO 5

TABLA No. 4

FLUJOGRAMA: HISTORIA NATURAL DE UNA ENFERMEDAD O DAÑO



CUESTIONARIO

MR.
FOTIA

EDAD _____ SEXO _____ ESCOLARIDAD _____ OBTENCION _____
 GRADO ESCOLAR DE SU HIJO _____

- 1.- ¿QUE ES EL MALTRATO ?
- 2.- CONSIDERA UST. QUE EL MALTRATO ES UNA ENFERMEDAD O UN PROBLEMA SOCIAL DE MEXICO ?
- 3.- DE QUE OTRA MANERA SE LE PUEDE LLAMAR AL MALTRATO ?
- 4.- ¿QUE TIPO DE MALTRATO CONOCE ?
- 5.- ¿CUAL DE TODOS ES MAS DANIÑO ?
- 6.- ¿CUAL ES LA FORMA MAS COMUN ?
- 7.- ¿PORQUE SE DADEBE EL MALTRATO ?
- 8.- ¿LAS CAUSAS SON DIFERENTES EN MADRES O EN PADRES ?
- 9.- ¿PORQUE ALGUNOS NIÑOS SON MALTRATADOS Y OTROS NO ?
- 10.- ¿QUE EFECTOS SE PUEDEN DEL MALTRATO ?
- 11.- ¿QUE PASARA CON ESTOS NIÑOS EN EL FUTURO ?
- 12.- ¿CREE QUE LA CONDUCTA MALTRATADORA PUEDE SER IMITADA POR OTROS NIÑOS ?
- 13.- CONSIDERA QUE ES UN PROBLEMA GRAVE EN NUESTRO PAIS ?
- 14.- ¿CUAL DEBE EL TIPO DE MALTRATO, CUANTAS VECES DEBIA IMPLICAR CASTIGO EN NIÑO ?
- 15.- ¿CINO CREE UST. QUE SE PUERA COMPORTAR EL MALTRATADOR ?
- 16.- ¿COMO SE COMPORTA EL NIÑO MALTRATADO ?

17. QUE DIENTE DE. DIVIENE DE QUE MALTRATADO A UN NIÑO ?
- 18.- QUE CREE QUE SIENTEN LOS PADRES CUANDO VEN MALTRATADO A UN NIÑO ?
- 19.- COMO ACTUA LA GENTE CUANDO VENE MALTRATADO A UN NIÑO ?
- 20.- QUE SIENTE LA FAMILIA CUANDO UN NIENNO A SIDO MALTRATADO ?
21. COMO ERAS TU. QUE SE SIENTE EL NIÑO UN RESULTO A SU FAMILIA ?
22. DE LAS PERSONAS QUE MALTRATAN PARENTE. SI TRABAJAN. ESTUDIAN O A QUE SE RELACIONAN .
- 23.- DE QUE SEXO SON LOS MALTRATADORES ?
- 24.- QUE EDAD TIENEN LOS MALTRATADORES ?
- 25.- QUIEN MALTRATA MAS. LOS HOMBRES O LAS MUJERES ?
- 26.- A QUIEN MALTRATAN MAS. A LOS NIÑOS O A LAS NIÑAS ?
27. EN QUE CLASE SOCIAL ES MAS FRECUENTE ?
- 28.- QUE PROBLEMAS LE TRAE AL NIENNO EL MALTRATO A UN NIENNO ?
29. QUE CREE QUE SIENTEN LOS NIENOS CUANDO LOS ESTAN MALTRATANDO ?
- 30.- COMO SE SIENTE CON UNA PERSONA QUE HA SUFRIDO ?
- 31.- QUE PARTE DEL CUERPO ES LA MAS AFECTADA ?
- 32.- UN NIÑO MALTRATADO, PUEDE TENER OTROS ENFERMEDADES ?
- 33.- CONSIDERA TU. QUE LA PERSONA QUE MALTRATA DEBE SER DE ALGUN TIPO DE AVILA ?
- 34.- QUE TRATAMIENTO DE LE DA A UNA PERSONA ASI ?
- 35.- QUE CREE TU. QUE PIENSAN LOS PADRES DE UN NIÑO MALTRATADO ?
- 36.- COMO SE SIENTE QUE UNA PERSONA PUEDA SUFRIRSE DE MALTRATADOS ?
37. QUIEN DE LA GENTE PERSONA UN EJEMPLO BUENO DE QUE UN NIENNO ES MALTRATADO ?
38. QUIEN SUPORTA AL MALTRATADOR ?

- 39.- COMO SE PUEDE EVITAR QUE MALTRATEN A UN MENOR ?
- 40.- QUE SE DEBE HACER CON UNO MALTRATADO ?
- 41.- QUE SE DEBE HACER CON EL MALTRATADOR ?
- 42.- COMO AYUDARIA UST. A ALGUEEN CON ESTE PROBLEMA ?
- 43.- SI TUVIERA PODER QUE HARIA UST. PARA EVITAR QUE MALTRATEN A UN NIÑO ?
- 44.- EN QUE EPOCA DEL AÑO SUEEN HABER FRECUENTEMENTE EL MALTRATO ?
- 45.- EN SU COLOMIA HAY ALGUEEN QUE MALTRATA A UN NIÑO ?
- 46.- EL MALTRATO ES IGUAL EN TODO EL MUNDO O EN OTROS PARTES DEL MUNDO ?
- 47.- COMO SIBE UST. QUE LOS ADULTOS MALTRATAN A LOS NIÑOS ?
- 48.- EN QUE LUGAR SON MALTRATADOS ?
- 49.- UD. CREE QUE LAS PERSONAS QUE MALTRATAN SE LO PLATAN A OTRAS PERSONAS ?
- 50.- COMO DEBE SER LA COMUNICACION ENTRE EL MALTRATADO Y EL MALTRATADOR ?
- 51.- A PLATADO CON SU FAMILIA SOBRE ESTE TEMA ?
- 52.- POR QUE MEDIOS SE HA INFORMADO SOBRE LA EXISTENCIA DE ESTE PROBLEMA ?

ANEXO 6

CUADRO 1

MALTRATO AL MENOR

CARACTERISTICAS DEMOGRAFICAS
DE LA MUESTRA SEGUN SEXO

SEXO	n	%
MASCULINOS	53	26.5
FEMENINOS	147	73.5
TOTAL	200	100.0

M. I.

CAPÍTULO I

MALTRATO AL MENOR

CARACTERISTICAS DEMOGRAFICAS DE LA MUESTRA SEGUN EDAD EN AÑOS

E D A D	n	%
20-25	5	2.5
26-30	18	9.0
31-35	44	22.0
36-40	53	26.5
41-45	41	20.5
46-50	26	13.0
51-55	6	3.0
56-60	4	2.0
61-65	3	1.5
TOTAL	200	100.0

M. I.

CAPÍTULO 2

MALTRATO AL MENOR

CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS DE LA MUESTRA SEGUN ESCOLARIDAD
--

ESCOLARIDAD	n	%
ESPECIALIDAD	19	9.0
LICENCIATURA	74	37.0
PREPARATORIA	31	15.0
SECUNDARIA	45	22.0
PRIMARIA	28	14.0
NO CONTESTARON	3	3.0
TOTAL	200	100.0

CUADRO 1

MALTRATO AL MENOR

CARACTERISTICAS DEMOGRAFICAS
DE LA MUESTRA SEGUN OCUPACION

OCUPACION	n	%
TRABAJAN	123	61.5
HOGAR	74	37.0
ESTUDIAN	1	0.5
NO TRABAJAN	2	1.0
T O T A L	200	100.0

MALTRATO AL MENOR

CARACTERISTICAS DEMOGRAFICAS DE LA MUESTRA SEGUN PROCEDENCIA

PROCEDENCIA	n	%
MEXICO D.F.	180	90.0
PROVINCIA	16	8.0
ESPAÑA	3	1.5
E.U.A.	1	0.5
T O T A L	200	100.0

ANEXO 7

MALTRATO AL MENOR

RESULTADOS

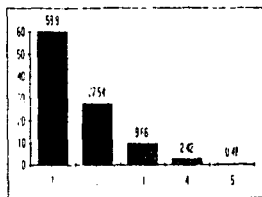
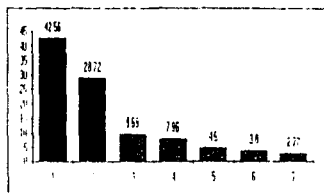
IDENTIFICACION DE LA ENFERMEDAD

¿ DUE ES EL MALTRATO ?

	%
1 AGRESION FISICA	41.56
2 AGRESION PSICOLOGICA	28.72
3 TRATAMIENTO INAPROPIADO	9.69
4 AGRESION VERBAL	7.96
5 ENFERMAREMOS DE LOS PADRES	4.5
6 OTROS	3.8
7 NO SE	2.77

¿ EL MALTRATO ES UNA ENFERMEDAD O UN PROBLEMA SOCIAL ?

	%
1 ES UN PROBLEMA SOCIAL	59.9
2 AMBOS	27.54
3 ES UNA ENFERMEDAD	9.66
4 OTROS	2.42
5 NO SE	0.48



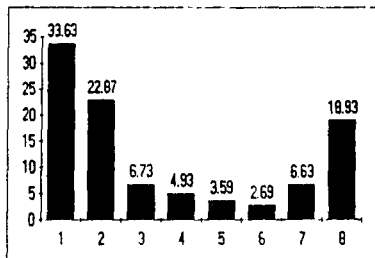
México - Interim
INP

MALTRATO AL MENOR

SINGNIMIA

¿ DE QUE OTRA MANERA SE LE LLAMA AL MALTRATO ?

		%
1	AGRESION	33.63
2	ABUSO	22.87
3	VEJACION, HUMILLACION	6.73
4	DESEQUILIBRIO MENTAL	4.93
5	UN DAÑO	3.59
6	FALTA DE RESPETO, AMOR	2.69
7	OTROS	6.63
8	NO SE	18.93



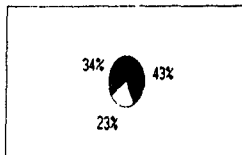
Medicina Interna
I.N.P.

MALTRATO AL MENOR

PREVALENCIA

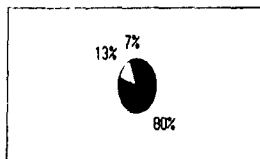
¿ EN SU COLONIA HAY ALGUNA PERSONA QUE MALTRATE A UN NIÑO ?

	%
1 NO	43.5
2 SI	22.5
3 NO SE	34



¿ CONSIDERAS QUE ES UN PROBLEMA GRAVE EN NUESTRO PAIS ?

	%
1 SI	61
2 NO	12.5
3 NO SE	6.5



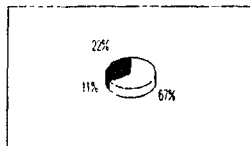
Medicina Interna
I.N.P.

MALTRATO AL MENOR

PREVALENCIA

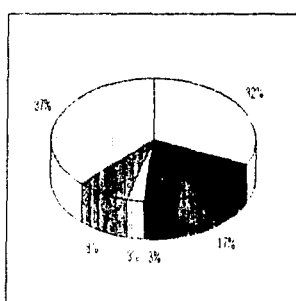
¿EL MALTRATO ES IGUAL EN MENUDO QUE EN OTRAS PARTES DEL MUNDO?

		%
1	SI	16.84
2	NO	10.69
3	NO SE	72.26



¿EN QUE EPOCA DEL AÑO ES MAS FRECUENTE?

		%
1	TODO DEL AÑO	31.96
2	NO HAY EPOCA	16.67
3	EN VACACIONES	2.94
4	EXAMENES	2.94
5	ESCOLAPES	7.64
6	OTROS	37.75



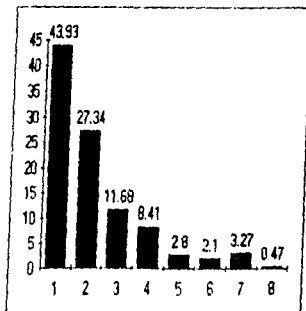
Mediana Infante
IN P

MALTRATO AL MENOR

PREVALENCIA

¿ QUE TIPOS DE MALTRATO CONOCE ?

		X
1	FISICO	43.93
2	PSICOLOGICO	27.34
3	VERBAL	11.68
4	MORAL	8.41
5	ABUSO SEXUAL	2.8
6	CASTIGOS	2.1
7	OTROS	3.27
8	NO SE	0.47

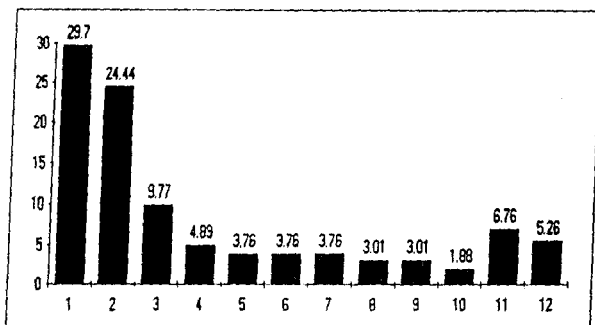


MALTRATO AL MENOR

ETIOLOGIA

¿ POR QUE SE PRODUCE EL MALTRATO ?

	%
1 PROBLEMAS PSICOLOGICOS Y PSIQUIATRICOS DEL MALTRATADOR	29.7
2 POR FALTA DE EDUCACION Y CULTURA	24.44
3 POR PROBLEMAS DE LOS PADRES Y FAMILIARES	9.77
4 POR PROBLEMAS ECONOMICOS	4.89
5 EL MALTRATADOR FUE MALTRATADO	3.76
6 DOMINIO, ABUSO DEL PODER, POR GUSTO	3.76
7 FALTA DE AMOR, NO DESEADOS	3.76
8 FALTA DE COMUNICACION	3.01
9 FAMILIAS DISFUNCIONALES, PROBLEMA SOCIAL	3.01
10 AGRESIVIDAD, FALTA DE CONTROL	1.88
11 OTROS	6.76
12 NO SE	5.26

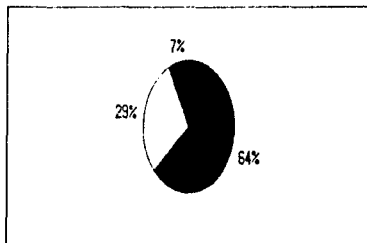


MALTRATO AL MENOR

ETIOLOGIA

¿ LAS CAUSAS SON DIFERENTES EN NIÑOS QUE EN NIÑAS ?

	%
1 SON IGUALES	63.68
2 SON DIFERENTES	28.86
3 NO SE	7.46



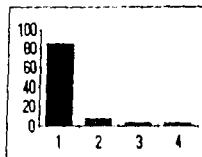
Medicina Interna
I.N.P.

MALTRATO AL MENOR

FACTORES PREDISPONENTES

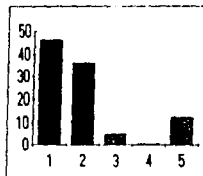
¿ DE QUE SEXO SON LOS MALTRATADORES ?

	%
1 AMBOS	85.5
2 MASCULINOS	8
3 FEMENINOS	3.5
4 NO SE	3



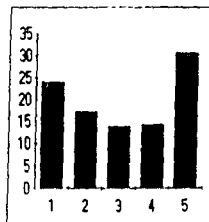
¿ QUE EDAD TIENEN LOS MALTRATADORES ?

	%
1 DE CUAQUIER EDAD	46.5
2 ADULTOS	36
3 JOVENES	5
4 ANCIANOS	0.5
5 NO SE	12



¿ DE LAS PERSONAS QUE MALTRATAN, SABE UD. SI ESTUDIAN, TRABAJAN O A QUE SE DEDICAN ?

	%
1 TRABAJAN	24
2 DE TODO. ESTUDIAN Y TRABAJAN	17.33
3 DESOCUPADOS	13.78
4 OTROS	14.22
5 NO SE	30.67

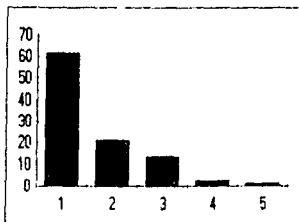


MALTRATO AL MENOR

FACTORES PREDISPONENTES

¿ EN QUE CLASE SOCIAL ES MAS FRECUENTE ?

	%
1 BAJA	61.54
2 TODAS	20.94
3 MEDIA-BAJA	13.68
4 ALTA	2.56
5 NO SE	1.28



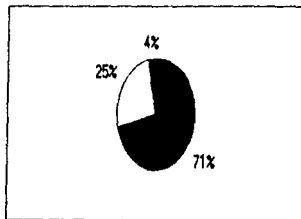
Medicina Interna
I.N.P.

MALTRATO AL MENOR

TRASMISIBILIDAD

¿ CREE QUE LA CONDUCTA MALTRATADORA
PUEDE SER IMITADA POR OTROS ADULTOS ?

	%
1 SI	71,5
2 NO	25
3 NO SE	3,5



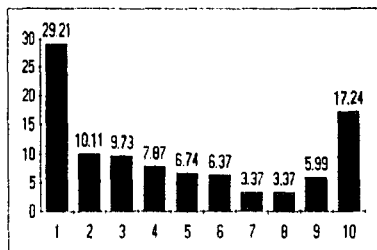
Medicina Interna
I.N.P.

MALTRATO AL MENOR

SINTOMATOLOGIA

¿ QUE PARTE DEL CUERPO SE VE MAS AFECTADA ?

		%
1	LA CABEZA	29.21
2	TODD EL CUERPO	10.11
3	LOS BRAZOS	9.73
4	LA CARA	7.87
5	LAS PIERNAS	6.74
6	LA ESPALDA	6.37
7	LAS MANOS	3.37
8	LOS GLUTEOS	3.37
9	OTROS	5.99
10	NO SE	17.24



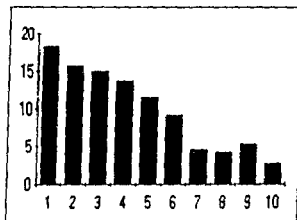
Medicina Interna
I.N.P.

MALTRATO AL MENOR

SINTOMATOLOGIA

¿ QUE CREE QUE SIENTEN LOS NIÑOS CUANDO SON MALTRATADOS ?

		\bar{x}
1	TERROR	18.32
2	ODIO	15.65
3	DOLOR	14.89
4	IMPOTENCIA	13.74
5	CORAJE	11.45
6	HUMILLADO	9.16
7	QUE NO LO QUIEREN	4.58
8	MUY MAL	4.2
9	OTROS	5.34
10	NO SE	2.67



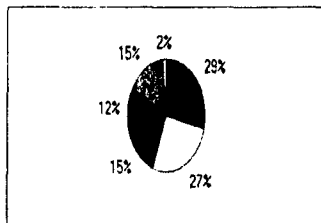
Medicina Interna
I.N.P.

MALTRATO AL MENOR

SINTOMATOLOGIA

¿ COMO SE COMPORTA UN NIÑO MALTRATADO ?

	%
1 TIMIDO	28.7
2 REBELDE	27.25
3 TEMEROSO	15.07
4 INSEGURO	12.17
5 OTROS	15.07
6 NO SE	1.74



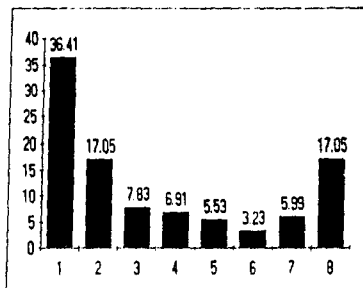
Medicina Interna
I.N.P.

MALTRATO AL MENOR

SINTOMATOLOGIA

¿ COMO CREE UD. QUE SE PUEDA COMPORTAR
EL MALTRATADOR ?

		%
1	AGRESIVO	36.41
2	NORMAL	17.05
3	ANGUSTIADO	7.83
4	HIPOCRITA	6.91
5	AUTORITARIO	5.53
6	VICTIMA	3.23
7	OTROS	5.99
8	NO SE	17.05



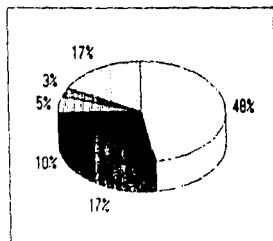
Medicina Interna
I.N.P

MALTRATO AL MENOR

SINTOMATOLOGIA

¿ EN QUE LUGAR LOS MALTRATAN ?

	%
1 EN EL HOGAR	47.62
2 EN CUALQUIER LUGAR	16.67
3 EN LA CALLE	10.49
4 EN LUGARES OCULTOS.	
5 AISLADOS	5.24
6 EN AL ESCUELA	2.86
6 NO SE	17.13



Medicina Interna
I.N.P.

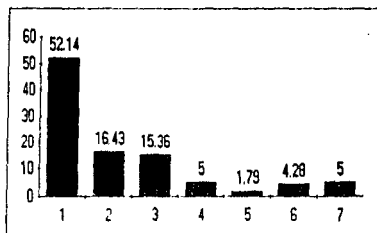
ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

MALTRATO AL MENOR

EFFECTOS

¿ QUE EFECTOS PRODUCE AL MALTRATADOR ?

		%
1	DAÑO PSICOLOGICO	52.14
2	DAÑO FISICO	16.43
3	CAMBIOS EN LA CONDUCTA	15.36
4	DAÑO SOCIAL	5
5	ABANDONEN EL HOGAR	1.79
6	OTROS	4.28
7	NO SE	5



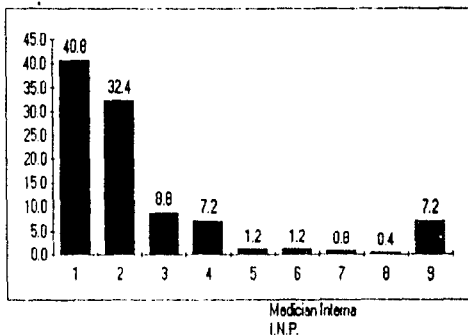
Medicina Interna
I.N.P.

MALTRATO AL MENOR

SECUELAS

¿ COMO SE SABE QUE UNA PERSONA FUE MALTRATADA ?

	%
1 FISICAMENTE, POR LAS HUELLAS	40.8
2 POR SU CONDUCTA	32.4
3 SUS PROBLEMAS EMOCIONALES	8.8
4 POR EL DAÑO PSICOLOGICO	7.2
5 PORQUE DE ADULTO ES MALTRATADOR	1.2
6 CUANDO LO REPORTAN (HOSP. ESCUELAS)	1.2
7 POR QUE LO COMPLICAN	0.8
8 POR ESTUDIOS PSICOLOGICOS	0.4
9 NO SE	7.2

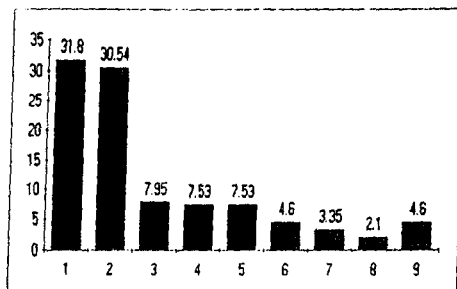


MALTRATO AL MENOR

TRATAMIENTO

¿ QUE SE DEBE HACER CON EL MALTRATADOR ?

	%
1 AYUDA Y TRATAMIENTO PSICOLOGICO	31.8
2 DENUNCIARLO A LAS AUTORIDADES	30.54
3 CENSURA, SANCION, CASTIGO	7.95
4 HACERLE VER QUE ESTA MAL	7.53
5 AYUDA SIN ESPECIFICAR	7.53
6 EDUCARLO, ORIENTARLO	4.6
7 APARTARLO DEL NIÑO	3.35
8 OTROS	2.1
9 NO SE	4.6



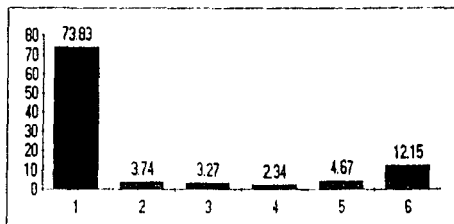
Medicina Interna
I.N.P.

MALTRATO AL MENOR

TRATAMIENTO

¿ QUE TRATAMIENTO SE LE DA A UNA PERSONA MALTRATADORA ?

		%
1	TERAPIA PSICOLOGICA	73.83
2	APOYO, AYUDA SOCIAL, ECONOMICA	3.74
3	EDUCACION Y ORIENTACION	3.27
4	CASTIGO PENAL	2.34
5	OTROS	4.67
6	NO SE	12.15



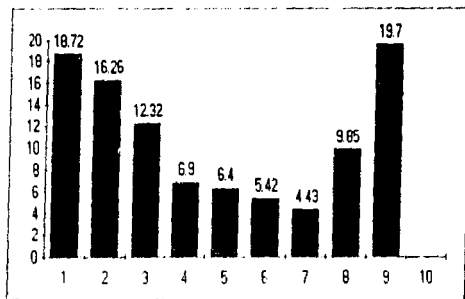
Medicina Interna
I.N.P.

MALTRATO AL MENOR

TRATAMIENTO PREVENTIVO

¿ SI TUVIERAS PODER, QUE HARIAS PARA EVITAR
QUE MALTRATEN A UN NIÑO ?

		%
1	ELABORAR CAMPAÑAS	18.72
2	SACARLO DEL MEDIO	16.26
3	CONSIGNARLOS, ARRESTARLOS	12.32
4	CREAR LEYES	6.9
5	FORTALECER LA COMUNICACION	6.4
6	CREAR INSTITUCIONES	5.42
7	AYUDA PSICOLOGICA AL MALTRATADOR	4.43
8	OTROS	9.65
9	NO SE	19.7

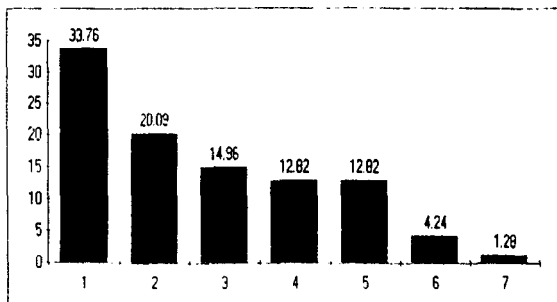


MALTRATO AL MENOR

PRONOSTICO Y/O REPERCUSIONES

¿ QUE PASARA CON ESTOS NIÑOS EN EL FUTURO ?

		%
1	SERA UN PADRE MALTRATADOR	33.76
2	SERAN DESADAPTADOS SOCIALES	20.09
3	SERAN INTROVERTIDOS E INSEGUROS	14.96
4	SERAN AGRESIVOS	12.82
5	TENIERAN SECUELAS TRAUMAS	12.82
6	OTROS	4.24
7	NO SE	1.28



MALTRATO AL MENOR

PROBLEMAS AGREGADOS

¿ QUE PROBLEMA LE TRAE AL AGRESOR
EL MALTRATO A UN MENOR ?

	%
1 PROBLEMAS LEGALES	33.01
2 PROBLEMAS PSICOLOGICOS	26.32
3 NINGUNO	14.83
4 RECHAZO SOCIAL	5.26
5 AGRESIVIDAD	1.92
6 POBREZA	0.48
7 ALCOHOLISMO	0.48
8 NO SE	17.7

