

11226  
52



# Universidad Nacional Autónoma de México

FACULTAD DE MEDICINA

División de Estudios de Postgrado e Investigación

I. S. S. S. T. E.

Clinica de Medicina Familiar Dr. Ignacio Chávez

FRECUENCIA DE MALTRATO INFANTIL EN ESCUELAS DE EDUCACION PRIMARIA CIRCUNSCRITAS A LA CLINICA IGNACIO CHAVEZ I.S.S.T.E.

T E S I S

Para obtener el Diploma de la Especialidad en

MEDICINA GENERAL FAMILIAR

p r e s e n t a

DR. JORGE LEZAMA RODRIGUEZ

1122631



México D. F.

2000



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.

( T I T U L O )

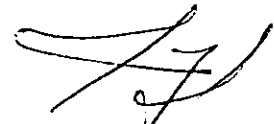
FRECUENCIA DE MALTRATO INFANTIL EN ESCUELAS DE EDUCACION  
PRIMARIA CIRCUNSCRITAS A LA CLINICA DR. IGNACIO CHAVEZ ISSSTE.

INVESTIGADOR: DR. JORGE LEZAMA RODRIGUEZ

DOMICILIO; SAN JOSE XILOTZINGO; CALLE CLAVEL EDIFICIO 16  
DEPTO "C"  
C.P. 72590  
PUEBLA, PUE.

COAUTOR; Dra. CATALINA MONROY CABALLERO

ASESOR; DRA. CATALINA MONROY CABALLERO

  
I. S. S. T. R.  
Sub'Delegación Médica  
Zona Sur, D.F.

★ AGO. 16 2000 ★

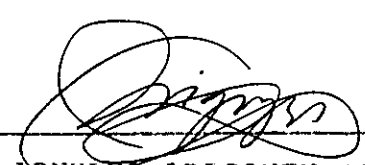
Clínica Dr. Ignacio Chávez

  
DRS JUAN JOSE MAZON RAMIREZ  
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE  
MEDICINA FAMILIAR

SEI. 4 2000

UNAM

DR. DANIEL VALDEZ CASTELLANOS  
JEFE DE LA COORDINACION DE  
DOCENCIA DEL DEPARTAMENTO DE  
MEDICINA FAMILIAR  
UNAM

  
DR. ARNULFO IRIGOYEN CORIA  
JEFE DE LA COORDINACION DE IN-  
VESTIGACION DEL DEPARTAMENTO  
DE MEDICINA FAMILIAR  
UNAM

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA

DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO E INVESTIGACION

I S S S T E

CLINICA DE MEDICINA FAMILIAR  
DR. IGNACIO CHAVEZ

< TITULO >

FRECUENCIA DE MALTRATO INFANTIL EN ESCUELAS DE EDUCACION  
PRIMARIA CIRCUNSCRITAS A LA CLINICA CHAVEZ ISSSTE

TRABAJO DE INVESTIGACION QUE PRESENTA EL DR.

JORGE LEZAMA RODRIGUEZ

PARA OBTENER EL DIPLOMA DE LA ESPECIALIDAD EN

MEDICINA GENERAL FAMILIAR



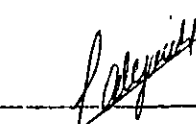
17 NOV 1992

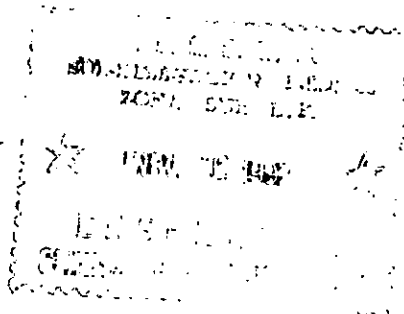
ISSSTE


Subdirección General Médica

Jefatura de los Servicios de Enseñanza e Investigación

Departamento de Investigación

  
DRA. MARTHA ROSALES A.  
JEFE DE ENSEÑANZA



  
DRA. MARTHA ROSALES A.  
PROFESOR TITULAR

## I N D I C E

1. INTRODUCCION .....	1
2. ANTECEDENTES .....	3
3. DEFINICION .....	6
4. CLASIFICACION .....	7
5. ETIOLOGIA .....	8
6. DIAGNOSTICO .....	11
7. HIPOTESIS .....	13
8. OBJETIVOS .....	13
9. MATERIAL Y METODOS .....	14
10. RESULTADOS .....	15
11. TABELAS Y GRAFICAS .....	17
12. DISCUSION .....	29
13. CONCLUSIONES .....	31
14. BIBLIOGRAFIA .....	36

La existencia de niños maltratados ha sido un hecho que se ha presentado en todas las naciones del mundo y en todas las épocas de la historia, en grupos étnicos y en los carentes de toda cultura.

En algunas culturas prehispánicas, cuando los menores se mostraban rebeldes, sus padres los castigaban; el castigo físico fungía como medio de control de educación sobre los hijos, patrón de conducta que se sigue empleando actualmente como método de disciplina.

Se calcula que la frecuencia actualmente esta aumentando en forma alarmante. En los EEUU. sólo se han reportado cifras estadísticas aproximadas. En el Children Hospital, desde 1983 el aumento de denuncias por maltrato físico se atribuyo básicamente al incremento de pacientes pediátricos llevados al hospital y eran menores de tres años de edad. Los culpables más probables de maltrato físico eran la madre (25.8%), padre (24.6%), padrastros y madrastras (4.1%). Se estima que la incidencia se va incrementando del 15 al 20 % al año. Es muy probable que en México, como en otros países ocurra lo mismo.

En México, se han llevado a cabo algunos intentos de integrar estadísticas en base a estudios realizados por INaPe, DIF, Medicina Familiar, Psicología y Sociología, se ha encontrado lo siguiente:

Se conocen pocos casos de niños en edad escolar que son maltratados o descuidados. Son sin embargo, escasos los niños que buscan ayuda en el colegio, y las lesiones registradas son observadas por lo general accidentalmente por los profesores.

La principal fuente de agresión al niño es su propia familia y dentro de ésta son los padres quienes con mayor frecuencia lo agreden, se señala a la madre como el agresor más común.

Se ha encontrado también que los médicos son los que menores apreciaciones hacen para comunicar a la autoridad sobre el maltrato infantil derivan de situaciones subjetivas o desconocimiento de la ley. Estos problemas pueden surgir también por el temor del médico de verse envuelto en dificultades, involucrados en procesos judiciales u otras situaciones consideradas molestas.

Considerando que estos esfuerzos no reflejan la realidad, pues - múltiples casos no son publicados por los medios de información e incluso muchos hechos de malos tratos a los niños, por diversas razones, no llegan al conocimiento de las autoridades. Por lo que podemos afirmar que en nuestro país no se cuenta actualmente información estadística confiable y útil.

En este estudio se intento conocer lo que esta sucediendo con el maltrato infantil en una población escolar urbana de la zona sur del D.F.. Considerándose que el maltrato infantil es un tema importante y complejo, se presenta muy frecuente en nuestra sociedad.

## ANTECEDENTES

La existencia de niños maltratados ha sido un hecho que se ha presentado en todas las naciones del mundo y en todas las épocas de la historia, en grupos étnicos civilizados y en los carentes de toda cultura (4, 6, 13, 17, 21, 25, 26).

Las historias de niños maltratados y asesinados por sus padres abundan en el mito, la leyenda y la literatura. Desde tiempos remotos se ha venido observando la agresión a los infantes, se ha justificado por ciertas costumbres y creencias religiosas, cabe citar: (2, 5, 8, 15, 24, 26, 29).

El rey Nimrod de Babilonia ordenó un infanticidio cuando fue informado por sus astrólogos del nacimiento de un niño en Mesopotamia que ocuparía su lugar (15, 20, 21, 23, 24, 25, 30)

Herodes ordenó la matanza de todos los primogénitos en Belén para asegurar de esta manera la muerte de Jesús que de acuerdo a las profecías sería "el Rey de los Judíos" (2, 6, 15, 20, 31).

Los griegos de acuerdo a los escritos de Platón, Séneca y Aristóteles, relantan los homicidios de neonatos deformes, físicamente inadecuados, el sacrificio del primogénito cuando la vida del monarca estaba amenazada (5, 6, 8, 13, 23, 24, 29, 31).

En el siglo VIII la pérdida de las tres cuartas partes de los niños de una familia era común y por ende, la mortalidad infantil no se consideraba como algo insólito. En ese tiempo las formas para deshacerse de los niños eran tan simples como los cuidados; se creía que el calor maternal era benéfico para el niño y la madre generalmente dormía con él, de manera era fácil para la madre ahogar o aplastar al hijo. También era costumbre frecuente, entre las clases socioeconómicas inferiores lisiar o deformar a los niños para causar lástima y posibilitar el ejercicio de la mendicidad de éstos o fueran empleados en los circos, en beneficio de sus padres u otros explotadores (15, 23, 25, 26).

En China, en el siglo XIX era permitido el asesinato de niños para el control de la sobrepoblación (15, 20, 23, 24, 25).

En Mesoamérica se practicaba castigos corporales con fines educativos y dentro de los Mazahuas, los niños eran arrastrados asidos por los cabellos y al mismo tiempo golpeados y llevados hasta el agua donde eran sacrificados en honor a la diosa Uixtocihuatl (4, 11, 23, 25, 29).

Es hasta 1860 en que A. Tardieu, médico legista francés, estudió este problema por primera vez desde el punto de vista médico-social. Describió 32 casos de niños golpeados o quemados hasta producirles la



muerte. En el mismo año, A. Johnson del Hospital For Sick Children de Londres, llamó la atención sobre la frecuencia de fracturas múltiples en los niños. Atribuyéndolas al estado de los huesos, ya que en aquella época el raquitismo era casi general entre los niños londinenses. (13, 15, ).

Tuvo que pasar mucho tiempo para que se pusiera nuevamente atención a este problema, y en 1946 J. Caffey informó, sobre sus primeras observaciones relativas a la hasta entonces no explicada asociación entre hematomas subdurales y alteraciones radiológicas anormales en los huesos largos; concibió la posibilidad de que tales lesiones tuvieran un origen traumático que en todo caso, se había ocultado (13,15,30).

El abandono y el abuso de los niños implica una serie de actividades que van desde la falta de alimentación, ropa, abrigo y amor maternal, hasta incidentes en los que los niños son agredidos físicamente y maltratados por adultos, resultando con traumas físicos que con frecuencia originan la muerte. En 1962 Kempe, describió este cuadro por primera vez con el término de "Síndrome del niño golpeado", definiéndolo como: El uso de la fuerza física en forma intencional, no accidental, dirigida a herir, lesionar o destruir a un niño, ejercido por parte de un padre o de otra persona responsable del cuidado del menor. Ha tenido gran trascendencia en la materia que hoy nos ocupa (6,13,15, 20,30).

En 1973, Smith hace notar que esta es una enfermedad del adulto y no de la pobreza. Dicho autor considera que debe existir en todo el mundo, pese a que en algunos países no se quiere informar de ello, lo que trae como consecuencia un desconocimiento real de su frecuencia. (22, 30, 31).

Se calcula que la frecuencia actualmente esta aumentando en forma alarmante. En los EEUU sólo se han reportado cifras estadísticas aproximadas. En el Children Hospital, desde 1983 el aumento de denuncias por maltrato físico se atribuyo básicamente al incremento de pacientes pediátricos llevados al hospital y eran menores de tres años de edad. Los culpables más probables de maltrato físico eran la madre (25.8%), padre (24.6%), padrastros y madrastras (4.1%). Se estima que la incidencia se va incrementando del 15 al 20% al año. Es muy probable que en México, como en otros países ocurra lo mismo (20,27,30,31).

En México, se han llevado a cabo algunos intentos de integrar estadísticas en base a estudios realizados por INaPe, DIF, Medicina Familiar, Psicología, como podemos observar:

1979. Primer Simposio internacional sobre el niño maltratado, auspiciado por la Sociedad Mexicana de Pediatría.
1982. El Dr. Foncerrad realizó el estudio: el niño víctima de maltrato físico.
1983. El Dr. Franco García, valoro las funciones familiares de cuidado y reproducción en los casos de niños maltratados de 0 a 15 años en la Cd. de Chihuahua.
1983. El Dr. Hernández Chavez , estudio la morbilidad del niño maltratado en hospital general de zona No 3 IMSS.
1986. El Dr. Baeza Herrera, realizo el estudio del Síndrome del niño - maltratado. Espectro de un problema
- 1983-1986. El DIF, reporta, análisis sistematico de los datos registrados de menores maltratados.
1986. El Dr. Mercado Castruita, realizo un estudio sobre las causas -- del Síndrome de niño maltratado de 0 a 15 años de edad, por medio de una encuesta aplicada a los padres o tutores.
1986. La Dra. Monroy, realiza estudio de maltrato infantil. Sobre la intervención del médico familiar en su prevención, detección temprana y control.
1987. El Dr. Loreda, realiza los siguientes estudios: El maltrato al - menor una realidad creciente en México.
1987. Aspectos físicos, emocionales y sociales.
1990. Algoritmo del niño maltratado a su ingreso a un centro hospitalario pediátrico de tercer nivel.
1990. La Sociologa De La Concha H., estudio la problemática social del niño maltratado en la Cd. de México y el DIF.
1990. La licenciada en Pedagogía, estudio la educación familiar en una población de bajos recurso en la cual se presenta el Síndrome -- del niño maltratado.

En otros estudios publicados se ha encontrado que los médicos son los que menores aportaciones hacen para comunicar a la autoridad sobre el maltrato infantil, derivan de situaciones subjetivas o desconocimiento de la ley. Estos problemas pueden surgir también por el temor - del médico de verse envuelto en dificultades, involucrado en procesos

judiciales u otras situaciones consideradas molestas. Como se observa en los datos de denuncias por Instituciones públicas y privadas:

INSTITUCIONES	1991	1992
	DENUNCIAS	
D.D.F.	9 (4.76%)	34 (17.89%)
I.M.S.S.	13 (6.88%)	15 (7.89%)
I.S.S.S.T.E.	10 (5.29%)	6 (3.15%)
S.S.A.	28 (14.81%)	23 (12.10%)
D.I.F.	59 (31.21%)	60 (31.37%)
CRUZ ROJA	3 (1.59%)	--
S.E.P.	37 (19.58%)	46 (24.25%)
P.R.I.	17 (9.00%)	6 (3.15%)
EMPRESAS PRIVADAS	13 (6.88%)	--

Considerando que estos esfuerzos no reflejan la realidad, pues - múltiples casos no son publicados por los medios de información e incluso muchos hechos de malos tratos a los niños, por diversas razones, no llegan al conocimiento de las autoridades. Por lo que podemos afirmar que en nuestro país no se cuenta actualmente información estadística confiable y útil (1, 5, 6, 8, 11, 17, 18, 22, 24, 25, 29).

Sobre la definición de maltrato infantil se ha modificado a través del tiempo. Siendo una de las definiciones actualmente aceptadas por el DIF-PREMAN, lo define como "los menores de edad que enfrentan y sufren ocasional o habitualmente, violencia física, emocional o ambas, - ejecutadas por actos de acción u omisión pero siempre en forma intencional, no accidental, por padres, tutores, custodios o personas responsables de éstos" (1).

La definición que se cita se refiere a los sujetos activos que generan el maltrato, a los agresores, y expresa "provenientes de sujetos que por cualquier motivo tengan relación con ella". Cabe citar que los malos tratos no sólo proceden de los padres, padrastros o hermanos mayores, sino de cualquier persona cercana al niño, como puede ser algún ascendiente, amasio de los ascendientes, tutores, profesores, sirvientes, patrones (en su caso), en fin, cualquier persona cercana al niño (3, 7, 21, 26, 34, 35).

Las causas de maltrato a menores en manos de sus padres son numerosas y variadas, que se expresan a nivel de conducta o acción, de la cual se desprenden tres tipos que son: Abuso físico y/o descuido (negligencia), Abuso y/o descuido emocional, Abuso sexual (9,10, 12,15, 17,29, 31).

Negligencia. Implica un fallo del progenitor en cuanto a actuar debidamente para salvaguardar la salud, la seguridad y el bienestar del niño. (15,26,29)

Abuso físico. Se define como el daño físico no accidental por personas responsables de su cuidado, donde se hace uso de castigos corporales de cualquier nivel de severidad para hacerse obedecer ante el menor. (4, 9,12, 14, 15, 16, 17, 22, 30,31,32).

Negligencia física. Incluye el abandono alimenticio, la falta de cuidados médicos, o bien la ausencia de una suficiente protección del niño contra los riesgos físicos y sociales (10,12,15, 21,30,33).

Abuso emocional. En ausencia de daño físico resulta difícil demostrarlo, debido a que las secuelas que dejan no son físicas pueden pasar inadvertidas. Consiste en tomar como "chivo expiatorio" al niño. A veces, los actos nocivos verbales, diciéndole constantemente al niño: odioso, feo, malo, estúpido o se le hace ver que es una carga indeseable, haciéndolo sentirse culpable por el hecho de existir ("Si no hubieras nacido, podría viajar", "Si no hubieras nacido, podría vivir con libertad y tener otros compañeros", "Si no hubieras nacido, mi vida sería mejor"); incluso no llamarsele siquiera por su nombre, sino que se trata simplemente como <<Tú>> o <<Idiota>> (1,3,4,5,12,14,16, 21,22,27,34,35).

Descuido emocional. Al igual que el abuso emocional es difícil de mostrarlo, pero se considera que se presenta cuando los padres fallan en proveer un medio ambiente amoroso en el cual pueda prosperar el niño. (1,3,6, 10,14, 30,31).

Actualmente existe un gran número de niños en la calle ya sea por abandono o haber huído de su casa por malos tratos de sus padres. Por desgracia sin buscar ayuda adecuada por parte de las autoridades. (15)

Muchos pertenecen a una banda, lo cual proporciona a dichos menores un sentimiento de ser aceptados por los demás, puede ayudarles a superar sus sentimientos de privación emocional y convertirse también en un medio de descargar la agresividad reprimida mediante una activi

dad delictiva aprobada por el grupo. Esto no significa, desde luego, que la mayoría de estos niños actúen más adelante contra la ley, pero indica que aquellos que vulneran con frecuencia poseen tales antecedentes. (1,15,17,18, 30, 31).

Abuso sexual. Se define como la obtención de cualquier provecho sexual en los niños menores de 18 años, por algún adulto con quien -- existe relación familiar, lo cual no alcanza a comprender plenamente y no son capaces de dar su consentimiento. (1,4,10,12,15,19,27,28,33).

El abuso sexual incluye: La paidofilia, violación, incesto.

Paidofilia. Esta forma de abuso sexual supone el contacto sexual, no violento, de un adulto con un niño y puede consistir en manipulaciones, exhibición de genitales o contacto bucogenitales.(14,16,1935).

Violación. No es preciso que haya ruptura del himen o penetración vaginal para que se aplique lo legislado sobre violaciones; con frecuencia los desgarros vaginales, la presencia de esperma o una infección gonocócica pueden constituir la prueba definitiva, en muchos casos, los actos de masturbatorios perineales dan lugar a emisión de esperma fuera de la vagina, en la piel o en el ano. (15,19,22,28,30).

Incesto. Los incestos están aumentando en los últimos años debido a quizá a los grandes cambios acontecidos en la vida familiar: desempleo, divorcios, control de la natalidad, abortos, y una mayor tolerancia de actos sexuales entre personas no consanguíneas procedentes de matrimonios divorciados o previamente separados. (15,22,28,32,33,35).

La sociedad se preocupa más de aquellos padres que durmen con sus hijas o hijos, que manipulan sus genitales, que de madres que hacen lo mismo con los hijos o más raramente con sus hijas. (10,12,15,33).

El incesto entre padre-hija viene a constituir aproximadamente -- las tres cuartas partes de todos los casos. Las muchachas que incurren en el incesto con sus padres o padrastros son con frecuencia las -- primogénitas o primeras hijas. (1,14,15,19,22,27,28,31).

Los incestos entre madre-hijo, madre-hija, hermano-hermana vienen a constituir la cuarta parte restante. (15)

El abuso sexual les arrebatata el control, determinado por el desarrollo sobre sus propios cuerpos; y el de su propia preferencia, por el aumento de la madurez por compañeros sexuales y en igualdad de condiciones.( 12, 15, 30,33).

Existen factores de riesgo para que un niño pueda ser maltratado y son: Individuales, Familiares y Sociales. (1,4,5,6,26,29).

Individuales. En diversos estudios realizados se ha detectado que los padres o tutores tuvieron ascendientes que los maltrataron durante su infancia. Este tipo de padres descargan sobre sus hijos la frustración de su vida pasada, donde el sujeto-agresor manifiesta ante ellos de manera recriminatoria lo que padeció, donde conoció la humillación, el desprecio, la crítica destructiva, lo cual hizo que llegara a la edad adulta sin autoestima, ni confianza.(4,9,26,29,31)

En otros casos se trata simplemente de frustraciones resultantes de su vida cotidiana, tales como: Matrimonio inestable o destruido, Crisis económicas, Pérdida o enfermedad de algún personaje significativo, Mala salud. El cuidado de los hijos, que van desde el temor, la incapacidad paterna de asumir responsabilidades para comprender y educar a sus hijos. En determinadas situaciones el agresor es un sujeto inadaptado que se cree incomprendido y que suele ser impulsivo e incapaz de organizar el hogar que lo conduce a reaccionar violentamente y en especial en momentos de crisis ya sean triviales o graves.(15,16,26,29)

Otras causas, son los padres psicópatas o sádicos pueden sentir placer con el sufrimiento del niño. En algunos casos se produce como resultado de estados de intoxicación debido a la ingestión de bebidas alcohólicas o fármacos. (15, 26, 30,31,32,34).

En el caso de las madres: piensan que sus hijos son los causantes de sus pechos flácidos, caderas deformadas, obesidad, hemorroides, varices, desarrollan agresividad contra el supuesto culpable, es decir, el hijo. Otras no están preparadas ni emocional ni prácticamente para el cuidado del niño; por ejemplo, si éste llora, se le alimenta, si continúa llorando se le cambia y si prosigue el llanto se le golpea, de tal suerte que los cuidados y el amor maternal se transforman en aversión. Otra causa son los juegos violentos y las manipulaciones bruscas, como los casos en que la madre desesperada por los movimientos inquietos de su hijo flexiona con brusquedad las piernas de este para efectuar el cambio de pañales.(26, 32, 33,34).

Como propias del niño: Sea prematuro o bajo peso al nacer, de un embarazo no deseado, conferir al niño particularidades del adulto --exigiendo que se comporte como tal o se le toma como rival en el cual hay que competir para obtener las atenciones del cónyuge. Otros padres argumentan que tratan de justificar el maltrato a menores, se les castiga "por su propio bien", porque muestran un comportamiento inadecuado como el llanto, "ensuciarse", etc. (26,30,31,32,33,34,35).

Otros padres piensan que el niño ha defraudado las esperanzas que pusieron en él ya sea porque presenta alguna disminución física o mental, o porque no es un niño "ideal". (31,32,33,34,35).

El niño hiperactivo, en caso de ser agresivo, es difícil de manejar ya que no responde fácilmente a límites restrictivos y no ha aprendido a comunicar sus necesidades de un modo aceptable.(15,36,31,32,33).

La niña dócil, conformista se va mostrando compulsivamente limpia según va creciendo, manifiesta poca espontaneidad en los juegos o para las bromas, responde a los tests con gran ansiedad pero con malos resultados, y requiere que se le confirme, asegure que lo hace bien en todas sus actividades ya que tiene gran temor de fracasar.(15,30,31,34).

Familiares. Respecto a la situación familiar se pueden presentar circunstancias que generan malos tratos a los niños cuando éstos no han sido deseados, cuando son producto de uniones anteriores, familias numerosas con carencias diversas, educacionales, habitación, económicas, inestabilidad y desorganización hogareña, problemas conyugales, desempleo, pérdida de la casa, conductas antisociales, mala administración del dinero (cuando lo hay), expulsiones de la escuela, que ocasiona -- desintegración familiar. (1,4,6,21, 27, 31,32).

Hay casos en que la situación familiar, desde el punto de vista económico, moral, es aceptable y el niño es deseado, recibido con beneplácito, sin embargo, es maltratado. Esto podría deberse a una falta de autocontrol o a que la familia es partidaria de una educación severa. (26,30,31).

Sociales. Los malos tratos contra los niños se producen en todas las clases sociales y niveles económicos, en todas las razas, nacionalidades y religiones.(15,26,29,33).

Se considera que los malos tratos a los niños puede darse en cualquier grupo socioeconómico, pero por diversas razones este hecho presenta mayor incidencia en niveles inferiores, sin dejar de reconocer que los estratos superiores están en mayor posibilidad de ocultar o disimular tales hechos.(4,15, 21,22,30,31,32).

El uso tolerado, e incluso recomendado, de la fuerza como instrumento educativo de los niños es fuente de muchos malos tratos que pueden, incluso, llegar a ser socialmente aceptados como formas adecuadas de educación y formación de los niños.(26, 30, 31).

Como se puede apreciar, los factores no tienen en muchos casos, - una naturaleza exclusivamente individual, familiar o social; en realidad, un sólo factor puede presentar dos o más aspectos. (26, 31).

Para realizar el diagnóstico, existen lesiones físicas que son -- característicos de los niños maltratados, y es necesario la sagacidad - del médico para poder guiarse por los detalles que delaten al agresor. (15,21,22,28).

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. También se puede observar escoriaciones, heridas sobre infectadas, nariz tumefacta aplanada, quemaduras, lesiones peribucuales, dientes rotos. (9,21,22,27,31).

Las fracturas se presentan repetidamente en costillas, huesos largos y cráneo (20,21,22,26,30, 32).

Las lesiones cerebromeningeas pueden ser derrames subdurales y se manifiestan en convulsiones, parálisis ligeras o incompletas llamadas paresias, vómitos, coma, parálisis oculares, hemorragias retinianas, - hipertensión intracraneana. (20,21,22,26,30,32,33).

Lesiones viscerales. Se puede encontrar abdomen agudo secundario a estallamiento visceral: rotura de bazo, hígado, riñon. (22,26).

Lesión genital. Puede encontrarse eritema, contusiones, laceraciones, sangrado transvaginal, enfermedades de transmisión sexual cabe -- mencionar la gonorrea, la vulvovaginitis bacteriana, infección por -- Chlamydia, Herpes simplex, Papilomavirus humano, Tricomonas, Gardnerella. (22,26,28).

La actitud de los padres puede ser de aparente sobreprotección y rara vez demostrarán rechazo delante del médico. La tardanza en llevar al niño para su atención médica, esta tardanza se debe a que los padres tratan de ocultar su agresión para no ser descubiertos, otro aspecto a considerar es la hora en que los familiares acuden a los centros hospitales, lo que sucede habitualmente por las noches. (4,15,22,31).

Se tratan de informantes hostiles y poco cooperadores, las versiones que ofrecen sobre el mecanismo de producción de las lesiones son - contradictorias, cambiantes e incongruentes con la severidad, la extensión y la naturaleza de las mismas. (4, 21,22, 30,31).



Otros rasgos distintivos que también nos debe hacer sospechar maltrato infantil, son: aspecto triste, indiferente, temeroso y descuidado, es notorio su mal estado general como consecuencia de traumatismos y negligencia, tanto afectivas como alimentarias. Muestran trastornos de conducta tales como micción involuntaria, debilidad mental, anemias agudas. La proximidad de un adulto causa terror al niño, lo cual se -- observa en especial cuando los maltratados son hospitalizados y un adulto se acerca a la cama. Su estado emocional es de gran angustia y tensión (se puede caracterizar por alopecia, onicofagia, neurodermatitis, enuresis, vómitos y diarreas, fiebres prolongadas).(15,26,29,30,31).

Mantienen con frecuencia sus sufrimientos con mayor secreto por -- miedo de que se rompa lazos familiares porque no saben como podría cambiar esta situación. Cubren sus contusiones llevando ropas que aun cuando sean inadecuadas para la estación del año, mantienen el secreto, -- tienden a ser solitarios y a no tener amigos, muestran ya la misma ausencia de alegría y espontaneidad que sus padres.(15,26,29,30,31).

No obstante el clínico debe ser muy cauto en la emisión del diagnostico de maltrato, pues hay lesiones que semejan golpes, por lo que el diagnóstico diferencial debe hacerse con fotofitodermatitis, quemaduras de las regiones glúteas y dorso por asientos de autos en viajes -- prolongados, vasculitis por hipersensibilidad, eritema multiforme, fracturas en ejercicios pasivos de rehabilitación, osteogénesis imperfecta. púrpuras, trastornos de la coagulación como la hemofilia, aplasias medulares y leucemias.(15,26,28,30,31).

Es importante realizar un buen diagnostico, sino se realiza puede generarse múltiples resultados de lesiones físicas o mentales o ambas, y que estas pueden ser susceptibles de recuperación o bien irreversibles.(14, 16,21,26,30, 31, 32, 33).

Esto resulta cierto cuando el comportamiento del niño es hiperactivo y agresivo o bien en niños más desviados incluye suciedad, fracasos escolares, delincuencia, drogadicción, prostitución, suicidio y padres golpeadores en el futuro.(1,4,12, 15,26,30,31)

## HIPOTESIS.

El maltrato infantil es frecuente en escuelas primarias de la SEP circunscritas a la clínica Dr. Ignacio Chavez ISSSTE.

## OBJETIVOS

### OBJETIVO GENERAL

Conocer la frecuencia de maltrato infantil en escuelas primarias - de la SEP circunscritas a la clínica Dr. Ignacio Chavez ISSSTE.

OBJETIVO ESPECIFICO. Conocer las siguientes características:

Niño	Agresor	Factores de riesgo
Edad	Edad	Alcohol
Sexo	Sexo	Droga
Lugar que ocupa en la familia.	Estado civil	Hacinamiento
Turno escolar más afectado	Ocupación	Desempleo
	Agresor más frecuente	
	Tipo de agresión más frecuente	

## HIPOTESIS.

El maltrato infantil es frecuente en escuelas primarias de la SEP circunscritas a la clínica Dr. Ignacio Chavez ISSSTE.

## OBJETIVOS

### OBJETIVO GENERAL

Conocer la frecuencia de maltrato infantil en escuelas primarias - de la SEP circunscritas a la clínica Dr. Ignacio Chavez ISSSTE.

OBJETIVO ESPECIFICO. Conocer las siguientes características:

Niño	Agresor	Factores de riesgo
Edad	Edad	Alcohol
Sexo	Sexo	Droga
Lugar que ocupa en la familia.	Estado civil	Hacinamiento
Turno escolar más afectado	Ocupación	Desempleo
	Agresor más frecuente	
	Tipo de agresión más frecuente	

## MATERIAL Y METODOS.

La población estuvo formado por 2183 alumnos de 5o y 6o año de primaria pertenecientes en 78 grupos de 14 escuelas de 3 zonas escolares: 14, 15, 17.

La muestra final fue de 390 escolares, seleccionando al azar 5 niños por grupo, correspondiendo 205 al sexo femenino y 185 al sexo masculino. Su edad promedio fue de 11 años, todos estaban en un rango de 10 a 14 años.

Se efectuó un estudio prospectivo observacional para determinar -- la frecuencia de Maltrato Infantil en escuelas de educación primaria de la SEP circunscritas a la clínica Dr. Ignacio Chavez ISSSTE. de Mayo a Septiembre de 1992 pertenecientes a la Delegación Coyoacan en el D.F. Con autorización de la C. Profesora Hilda Mancera Hernández, de la Dirección No 5 de Educación primaria.

Se utilizó un cuestionario que fue modificado, ya que autoridades de la SEP no permitieron la aplicación de preguntas directas en relación a maltrato infantil y alcoholismo por considerarlas agresivas al niño, finalmente el cuestionario fué válido con una prueba piloto; sólo se aplicó el cuestionario en 11 escuelas, ya que en 3 las autoridades locales no permitieron realizar el estudio (Ver anexo 1 \*\*).

Para el llenado del cuestionario se solicitó a los escolares responderlo dentro de su turno escolar, no llevándole más de 20 minutos - el contestarlo, siendo recolectado el mismo día.

El cuestionario constaron de 24 preguntas (Ver anexo 2), investigando las siguientes características de la familia: estado civil y ocupación de los padres, el lugar que ocupa el niño evaluado en la familia (1-8, 13, 14).

La vivienda de los escolares fue evaluada en relación al número - de cuartos para dormir y número de personas que lo habitan (10, 11).

Las preguntas 15, 16, se evaluó el consumo de alcohol de los padres.

Las siguientes preguntas estuvieron dirigidas a determinar la presencia de maltrato físico y/o emocional (17-22). Además también se evaluó quien solicitó orientación (23, 24).

ANEXO 1

ZONA 14  
SUSANA ORTIZ SILVA

PROFESOR AVELINO BOLAÑOS  
PABLO MARTINEZ DEL RIO  
FUNDACION DE MEXICO

ZONA 15  
COYOLXAUHQUI

PROFESOR GUILLERMO SHERWELL  
PROFESOR FERNANDO BROWN ROJAS  
LOYAN  
CAMPESTRE COYOACAN (\*\*)

ZONA 17  
CARLOS PELLICER

PROFESOR GABRIEL LUCIO ARGUELLES  
DONAJI  
MANUEL PAYNO (\*\*)  
COLEGIO CARMEL (\*\*)

NO DEBES DE PONER TU NOMBRE.  
 COMO SE LLAMA TU ESCUELA.  
 CUANTOS AÑOS TIENES.  
 EN QUE AÑO ESTAS: 5o o 6o año  
 ERES NIÑA O NIÑO

ANEXO 2

CONTESTA LAS SIGUIENTES PREGUNTAS CON UNA "X" UNA O VARIAS VEGES. LAS RESPUESTAS O BIEN PODRAS COMPLEMENTARLA.

- |  |        |                |
|--|--------|----------------|
| 1. VIVE TU MAMA  | SI     | NO             |
| VIVE TU PAPA   | SI     | NO             |
| 2. CUANTOS AÑOS TIENE:   |        |                |
| TU MAMA  |        |                |
| TU PAPA  |        |                |
| NO TE ACUERDAS   |        |                |
| 3. TU MAMA TRABAJA COMO:   |        |                |
| PROFESIONISTA  | SI     | NO             |
| SECRETARIA   | SI     | NO             |
| EMPLEADA   | SI     | NO             |
| POLICIA  | SI     | NO             |
| SE DEDICA AL HOGAR   | SI     | NO             |
| NO TE ACUERDAS   |        |                |
| 4. SI TU MAMA TRABAJARA SERIA:   |        |                |
| TODO EL DIA  | SI     | NO             |
| SOLO LAS MAÑANAS   | SI     | NO             |
| SOLO LAS TARDES  | SI     | NO             |
| 5. TU PAPA TRABAJA COMO:   |        |                |
| PROFESIONISTA  | SI     | NO             |
| OBRERO   | SI     | NO             |
| EMPLEADO   | SI     | NO             |
| COMERCIO   | SI     | NO             |
| POLICIA  | SI     | NO             |
| PENSIONADO   | SI     | NO             |
| NO TE ACUERDAS.  |        |                |
| 6. SI TU PAPA TRABAJARA SERIA:   |        |                |
| TODO EL DIA  | SI     | NO             |
| SOLO LAS MAÑANAS   | SI     | NO             |
| SOLO LAS TARDES  | SI     | NO             |
| SOLO LAS NOCHES  | SI     | NO             |
| 7. QUE LUGAR OCUPAS ENTRE TUS HERMANOS.  |        |                |
| ERES EL PRIMERO  |        | ERES EL CUARTO |
| ERES EL SEGUNDO  |        | ERES EL QUINTO |
| ERES EL TERCERO  |        | ERES EL SEXTO  |
| 8. ADEMAS DE TUS PAPAS, QUIEN SE ENCARGA DE TU CUIDADO:                          |        |                |
| HERMANA  | SI     | NO             |
| HERMANO  | SI     | NO             |
| TIOS   | SI     | NO             |
| ABUELOS MATERNOS   | SI     | NO             |
| ABUELOS PATERNOS   | SI     | NO             |
| PADRINOS   | SI     | NO             |
| AMIGOS   | SI     | NO             |
| LA CRIADA  | SI     | NO             |
| 10. ADEMAS DE TUS PAPAS, HERMANOS; MENCIONA QUE OTRAS PERSONAS VIVEN EN TU CASA; |        |                |
| R=   |        |                |
| 11. CUANTOS CUARTOS HAY EN TU CASA PARA DORMIR.                                  |        |                |
| UNO  | CUATRO |                |
| DOS  | CINCO  |                |
| TRES   | SEIS   |                |

12. CUANTAS PERSONAS VIVEN EN TU CASA.
- |        |       |  |  |
|--------|-------|--|--|
| DOS    | CINCO |  |  |
| TRES   | SEIS  |  |  |
| CUATRO | SIETE |  |  |
13. CUANDO TU MAMA DESCANSA LE GUSTA.
- |                             |    |    |
|-----------------------------|----|----|
| JUGAR CONTIGO               | SI | NO |
| SALEN A PASEAR JUNTOS       | SI | NO |
| TE AYUDA EN TU TAREA        | SI | NO |
| VEN JUNTOS LA TELEVISION    | SI | NO |
| VE ELLA SOLA LA TELEVISION  | SI | NO |
| LE AYUDAS A LIMPIAR TU CASA | SI | NO |
14. CUANDO TU PAPA DESCANSA LE GUSTA.
- |                          |    |    |
|--------------------------|----|----|
| JUGAR CONTIGO            | SI | NO |
| SALEN A PASEAR JUNTOS    | SI | NO |
| TE AYUDA EN TU TAREA     | SI | NO |
| VEN LA TELEVISION JUNTOS | SI | NO |
| VE SOLO LA TELEVISION    | SI | NO |
15. ADEMAS DE AGUA O REFRESCO, A TU PAPA LE GUSTA TOMAR.
- |                        |    |    |
|------------------------|----|----|
| CERVEZA                | SI | NO |
| BACARDI                | SI | NO |
| WISKY                  | SI | NO |
| TEQUILA                | SI | NO |
| NO TOMA NINGUNA BEBIDA |    |    |
| NO TE ACUERDAS         |    |    |
16. SI TUS PAPAS TOMARAN ALGUNA BEBIDA, EN RELACION A LA PREGUNTA ANTERIOR.
- |                              |  |  |
|------------------------------|--|--|
| LO HARIAN UNA VEZ POR SEMANA |  |  |
| DOS VECES POR SEMANA         |  |  |
| TRES VECES POR SEMANA        |  |  |
| NO SABES                     |  |  |
| NO TOMAN                     |  |  |
17. CUANDO SE ENOJAN TUS PAPAS CONTIGO PORQUE TE PORTAS MAL, Y PARA CORREGIRTE.
- |                           |    |    |
|---------------------------|----|----|
| TE REGAÑAN                | SI | NO |
| SE BURLAN DE TI           | SI | NO |
| TE ENCIERRAN EN EL CUARTO | SI | NO |
| TE ACONSEJAN              | SI | NO |
18. EN TU FAMILIA, TU TE SIENTES.
- |            |    |    |
|------------|----|----|
| AMADO      | SI | NO |
| PROTEGIDO  | SI | NO |
| QUERIDO    | SI | NO |
| RECHAZADO  | SI | NO |
| COMPRENIDO | SI | NO |
19. CUANDO TE PORTAS MAL, Y PARA CORREGIRTE TUS PAPAS LO HARIAN CON.
- |                |    |    |
|----------------|----|----|
| CINTURON       | SI | NO |
| CABLE DE LUZ   | SI | NO |
| PATADAS        | SI | NO |
| MANOS          | SI | NO |
| CON EL PALO    | SI | NO |
| MENCIONA OTROS |    |    |
| NINGUNO        |    |    |
20. PARA CORREGIRTE TUS PAPAS, TE HAN LASTIMADO ALGUNA PARTE DE TU CUERPO
- |         |          |           |
|---------|----------|-----------|
| CABEZA  | ESTOMAGO | PIERNAS   |
| CUELLO  | BRAZOS   | GENITALES |
| ESPALDA | MANOS    | NINGUNO   |
| PECHO   |          |           |
21. QUE TAN SEGUIDO TE CORRIGEN TUS PAPAS.
- |                       |    |    |
|-----------------------|----|----|
| UNA VEZ POR SEMANA    | SI | NO |
| DOS VECES POR SEMANA  | SI | NO |
| TRES VECES POR SEMANA | SI | NO |

TODOS LOS DIAS	SI	NO
TE PEGAN	SI	NO
NO TE PEGAN	SI	NO
NINGUNO		

22. ADEMAS DE MAMA Y PAPA, HAY OTRAS PERSONAS QUE TE QUIERAN CORREGIR CUANDO TE PORTAS MAL.

MAMA	PAPA
HERMANO	HERMANA
TIOS	PRIMOS
PADRINOS	PROFESOR
ABUELA MATERNA	ABUELO MATERNO
ABUELA PATERNA	ABUELO PATERNO
AMIGOS	VECINOS
MADRE ADOPTIVA	PADRE ADOPTIVO
NADIE.	

23. CUANDO TIENES ALGUN PROBLEMA, A QUIEN LE PIDES AYUDA.

MAMA  
PAPA  
HERMANA  
HERMANO  
TIOS  
PRIMOS  
PADRINOS  
AMIGOS  
PROFESOR  
A NADIE

24. SI TUVIERAS ESTE PROBLEMA, TE GUSTARIA HABLAR PARA AYUDARTE.  
SI NO

GRACIAS

DRA. CATALINA MONROY  
DR. JORGE LEZAMA

C  
LINICA IGNACIO CHAVEZ ISSSTE  
TEL. 6843287 de 8 a 14 hrs.



## RESULTADOS

Se realizó un estudio prospectivo observacional, aplicándose un cuestionario a 390 escolares de 5o y 6o año escolar pertenecientes a 78 grupos en 11 escuelas, seleccionados 5 niños al azar, correspondiendo 185 al sexo masculino y 205 al sexo femenino (Ver tabla 3).

La edad promedio fue de 11 años, todos estaban en un rango de 10 a 14 años de edad (Ver tabla 4).

El estado civil de los padres corresponde el mayor porcentaje a casados en 336 casos (88.15%) (Ver tabla 6).

En relación a la ocupación de los padres, 130 casos son empleados (33.33%), 111 son profesionales (28.46%), hogar con 96 casos (24.61%) (Ver tabla 5).

En 208 casos en la variable vivienda de los escolares se encontró que estos tienen 3 cuartos (48.37%), con dos cuartos 112 casos (26.04%) (Ver tabla 7).

En 110 casos habitan 5 personas por vivienda (28.57%), más de 7 personas 105 casos (27.27%) (Ver tabla 8).

En relación al consumo de alcohol de los padres correspondió el mayor porcentaje correspondió al padre con 234 casos (61.25%), la madre 3 casos (0.78%), con una frecuencia de una vez por semana en 66 casos (36.44%), dos veces por semana 80 casos (33.33%), 105 no toman (27.17%) (Ver tabla 9, 10).

155 casos refirieron no ser maltratados, de los cuales 76 casos correspondió al sexo femenino (48.69%), 79 casos al sexo masculino (51.30%) (Ver tabla 11).

Se observa que la zona escolar más afectada fue la 14 con 128 casos (54.67%), siendo el turno vespertino con mayor incidencia con 74 casos (59.67%) (Ver tabla 12).

En relación al lugar que ocupa en la familia el niño evaluado, el segundo, fue el más afectado con 84 casos (35.74%), correspondiendo 46 casos al sexo masculino (40.70%), el sexo femenino 38 casos (31.24%) (Ver tabla 13).

En 145 casos (61.70%) había maltrato una vez por semana, siendo el más afectado el sexo masculino con 74 casos (65.48%), el sexo femenino con 71 casos (58.19%) (Ver tabla 14).

Se observa que la madre fue la agresora principal con 82 casos --- (34.89%), el padre con 71 casos (30.21%) (Ver tabla 15).

Se observo que el maltrato más frecuente fue el físico en 160 casos (68.08%), siendo con la mano la agresión en 73 casos (31.06%); éste siempre va relacionado con el abuso emocional con 75 casos (31.91%), de ahí que el total sea un alto porcentaje en este estudio (60.25%) (Ver - tabla 16).

De acuerdo a la hipótesis, se corroboro que en este estudio en for ma parcial, nos indica que el maltrato infantil se presenta en las es--cuelas primarias.

Para conocer la verdadera frecuencia es necesario que se realicen estudios multicentricos en todos niveles de la salud y en las escuelas primarias.

TABLA: 1

NO DE GRUPOS POR GRADO Y TURNO ESCOLAR EN 78 GRUPOS DE 11 ESCUELAS PRIMARIAS DEL D.F. MAYO-SEPTIEMBRE DE 1992.

GRUPOS	TOTAL
5o MATUTINO	28
6o MATUTINO	27
5o VESPERTINO	13
6o VESPERTINO	10
	78

FUENTE; ENCUESTA APLICADA A ESCOLARES

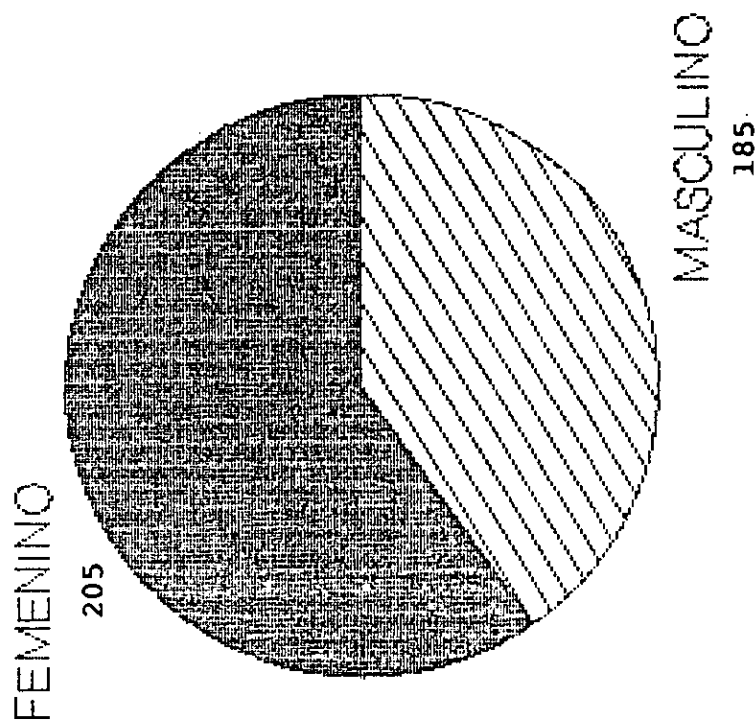
TABLA: 2

NO TOTAL POR GRADO Y TURNO ESCOLAR EN 78 GRUPOS DE 11 ESCUELAS PRIMARIAS DEL D.F. MAYO-SEPTIEMBRE DE 1992.

GRUPOS	F	%	M	%	TOTAL	%
5o MATUTINO	404	47.25	422	49.35	826	48.30
6o MATUTINO	451	52.74	433	50.64	824	48.18
TOTAL	855		855		1710	96.48
5o VESPERTINO	120	53.33	152	61.29	272	57.50
6o VESPERTINO	105	46.33	96	38.70	201	42.49
TOTAL	225		248		473	99.99

FUENTE: ENCUESTA APLICADA A ESCOLARES

# No. TOTAL DE ESCOLARES ENTREVISTADOS POR SEXO



FUENTE: ENTREVISTA APLICADA  
A ESCOLARES

TABLA:3

NO TOTAL DE ESCOLARES ENTREVISTADOS POR GRADO Y TURNO ESCOLAR EN 78 GRUPOS DE 11 ESCUELAS PRIMARIAS DE MAYO-SEPTIEMBRE DE 1992.

GRUPOS	F	%	M	%	TOTAL	%
5º MATUTINO	76	54.28	60	44.77	136	49.63
6º MATUTINO	64	45.71	74	55.22	138	50.36
TOTAL	140		134		274	99.99
5º VESPERTINO	35	53.84	28	54.90	63	54.31
6º VESPERTINO	30	46.15	23	45.09	53	45.68
TOTAL	65		51		116	99.99

FUENTE: ENCUESTA APLICADA A ESCOLARES

TABLA:4

EDADES POR SEXO EN 390 ESCOLARES ENTREVISTADOS EN 78 GRUPOS DE 11 ESCUELAS PRIMARIAS DEL D.F. MAYO-SEPTIEMBRE DE 1992.

EDADES	F	%	M	%	TOTAL	%
9	15	7.61	10	5.18	25	6.41
10	71	36.04	48	24.87	71	30.51
11	62	31.47	71	36.78	133	34.10
12	38	19.28	47	24.35	85	21.79
13	8	4.06	15	7.77	23	5.89
14	3	1.52	2	1.03	5	1.28
TOTAL	197		193		390	99.98

FUENTE: ENCUESTA APLICADA A ESCOLARES

TABLA: 5

20

OCUPACION DE LOS PADRES DE 390 ESCOLARES ENTREVISTADOS EN 78 GRUPOS DE 11 ESCUELAS PRIMARIAS DEL D.F. MAYO-SEPTIEMBRE 1992.

OCUPACION	MADRE	%	PADRE	%	TOTAL	%
PROFESIONISTA	23	11.21	88	47.56	111	28.46
EMPLEADO	55	26.82	75	40.54	130	33.33
HOGAR	96	46.82	0	0	96	24.61
COMERCIO	4	1.95	5	2.70	9	2.30
DESEMPLEADOS	0	0	7	3.78	7	1.79
NO ESPECIFICADOS	27	13.17	10	5.40	37	9.48
TOTAL	205		185		390	97.67

FUENTE: ENCUESTA APLICADA A ESCOLARES

TABLA:6

ESTADO CIVIL DE LOS PADRES DE 390 ESCOLARES ENTREVISTADOS EN 78 GRUPOS DE 11 ESCUELAS PRIMARIAS DEL D.F. MAYO-SEPTIEMBRE DE 1992.

ESTADO CIVIL	TOTAL	%
CASADOS	336	86.15
UNION LIBRE	1	0.25
VIUDEZ	10	2.56
SOLTEROS	3	0.76
SEPARADOS	20	5.12
NO ESPECIFICADOS	20	5.12
	390	99.26

FUENTE: ENCUESTA APLICADA A ESCOLARES

TABLA: 7

NO DE CUARTOS PARA DORMIR EN LAS CASAS DE 390 ESCOLARES ENTREVISTADOS EN 78 GRUPOS DE 11 ESCUELAS PRIMARIAS DEL D.F. MAYO-SEPTIEMBRE 1992.

NO DE CUARTOS	TOTAL	%
1	22	5.11
2	112	26.04
3	208	48.37
4	51	11.86
5	24	5.58
6	13	3.02
	430	99.98

FUENTES: ENCUESTA APLICADA A ESCOLARES

TABLA: 8

NO DE PERSONAS QUE HABITAN EN LAS CASAS DE 390 ESCOLARES ENTREVISTADOS EN 78 GRUPOS DE 11 ESCUELAS PRIMARIAS DEL D.F. MAYO-SEPTIEMBRE 1992.

NO DE PERSONAS	TOTAL	%
2	4	1.03
3	24	6.23
4	55	14.28
5	110	28.57
6	87	22.59
Más de 7	105	27.27
	385	99.97

FUENTE: ENCUESTA APLICADA A ESCOLARES

TABLA; 9

ALCOHOLISMO DE LOS PADRES DE 390 ESCOLARES ENTREVISTADOS EN 78 GRUPOS DE 11 ESCUELAS PRIMARIAS DEL D.F. MAYO-SEPTIEMBRE 1992.

PADRES	TOTAL	%
MADRE	3	0.78
PADRE	234	61.25
NO TOMAN	106	27.17
NO ESPECIFICADOS	48	12.30
	390	99.98

FUENTE: ENCUESTA APLICADA A ESCOLARES

TABLA; 10

FRECUENCIA DE ALCOHOLISMO DE LOS PADRES DE 390 ESCOLARES ENTREVISTADOS EN 78 GRUPOS DE 11 ESCUELAS PRIMARIAS DEL D.F. MAYO-SEPTIEMBRE 1992.

FRECUENCIA POR SEMANA	TOTAL	%
UNA VEZ POR SEMANA	86	36.44
DOS VECES POR SEMANA	80	33.89
TRES VECES POR SEMANA	70	29.66
	236	99.99

FUENTE: ENCUESTA APLICADA A ESCOLARES



TABLA: 11

NO TOTAL DE 390 ESCOLARES ENTREVISTADOS QUE NO REFIEREN MALTRATO INFANTIL EN 78 GRUPOS DE 11 ESCUELAS PRIMARIAS DEL D.F. MAYO-SEPTIEMBRE -- 1992.

NO REFIEREN MALTRATO INFANTIL	F	%	M	%	TOTAL
	76	48.69	79	51.30	155

FUENTE: ENCUESTA APLICADA A ESCOLARES

TABLA: 12

NO TOTAL QUE REFIEREN MALTRATO INFANTIL EN 235 ESCOLARES POR ZONA Y TURNO ESCOLAR EN 78 GRUPOS ENTREVISTADOS DE 11 ESCUELAS PRIMARIAS DEL D.F. MAYO-SEPTIEMBRE DE 1992.

ZONA ESCOLAR	MATUTINO	%	VESPERTINO	%	TOTAL	%
14	54	48.64	74	59.67	128	54.46
15	45	40.54	10	8.06	55	23.40
17	12	10.8	40	32.25	52	22.12
	111		124		235	100.00

FUENTE: ENCUESTA APLICADA A ESCOLARES

NO TOTAL POR SEXO DEL AGREDIDO EN RELACIÓN AL LUGAR QUE OCUPA EN LA FAMILIA EN 235 ESCOLARES QUE REFIEREN MALTRATO INFANTIL EN 78 GRUPOS DE 11 ESCUELAS PRIMARIAS DEL D.F. MAYO-SEPTIEMBRE 1992.

LUGAR	F	%	M	%	TOTAL	%
1o	43	35.24	36	31.85	79	33.61
2o	38	31.24	46	40.70	84	35.74
3o	26	21.31	17	15.04	43	18.29
4o	5	4.09	5	4.42	10	4.25
5o	5	4.09	5	4.42	10	4.25
6o	3	2.45	4	3.53	7	2.97
7o	2	1.63	0	0	2	0.85
	122		113		235	99.96

FUENTE: ENCUESTA APLICADA A ESCOLARES

TABLA: 14

FRECUENCIA POR SEMANAS DE MALTRATO INFANTIL Y POR SEXO EN 235 ESCOLARES ENTREVISTADOS EN 78 GRUPOS DE 11 ESCUELAS PRIMARIAS DEL D.F. MAYO-SEPTIEMBRE 1992.

SEMANAS	F	%	M	%	TOTAL	%
1a	71	58.19	74	65.48	145	61.70
2a	35	28.68	29	25.66	64	27.23
3a	16	13.11	10	8.84	26	11.06
	122		113		235	99.99

FUENTE: ENCUESTA APLICADA A ESCOLARES

TABLA; 15

PARENTESCO DEL AGRESOR CON EL AGREDIDO EN 235 ESCOLARES ENTREVISTADOS EN 78 GRUPOS DE 11 ESCUELAS PRIMARIAS DEL D.F. MAYO-SEPTIEMBRE 1992.

PARENTESCO	TOTAL	%
MADRE	82	34.89
PADRE	71	30.21
ABUELOS	32	13.61
TIOS	30	12.76
OTROS	20	8.51
	235	99.98

FUENTE: ENCUESTA APLICADA A ESCOLARES

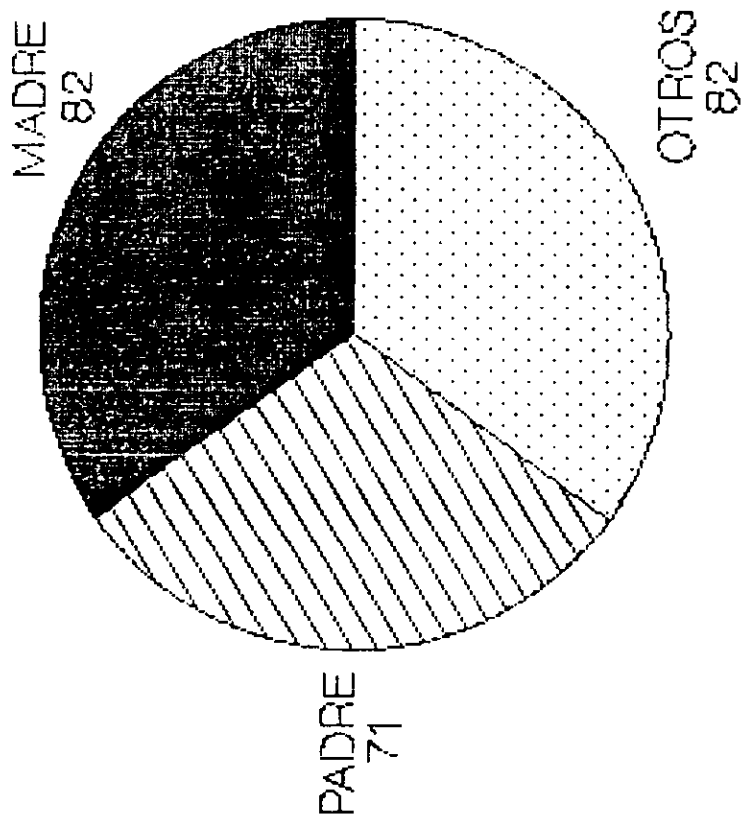
TABLA; 16

MECANISMO EN QUE SE PRODUCE LA AGRESION EN 235 ESCOLARES ENTREVISTADOS EN 78 GRUPOS DE 11 ESCUELAS PRIMARIAS DEL D.F. MAYO-SEPTIEMBRE 1992.

MECANISMO	TOTAL	%
CINTURON	60	25.53
MANO	73	31.06
PUNTAPIES	18	7.65
PALO	9	3.82
M. EMOCIONAL	75	31.91
	235	99.97

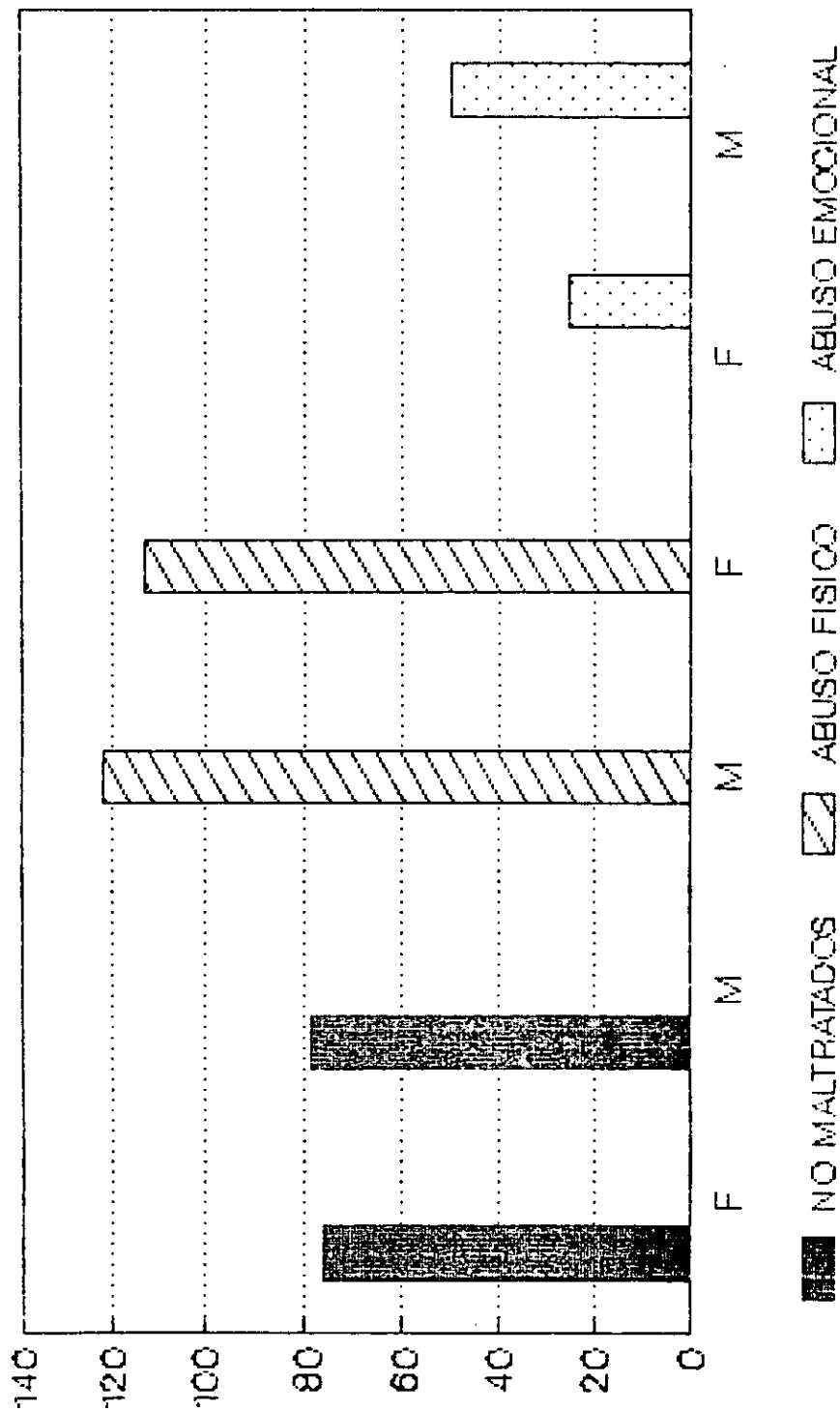
FUENTE: ENCUESTA APLICADA A ESCOLARES

# PARENTESCO DEL AGRESOR



FUENTE: ENTREVISTA APLICADA A ESCOLARES

# No. TOTAL POR SEXO DE MALTRATO INFANTIL



FUENTE: ENTREVISTA APLICADA  
A ESCOLARES

SITIO CORPORAL DE LA AGRESION EN 160 ESCOLARES ENTREVISTADOS EN 78 --  
GRUPOS DE 11 ESCUELAS PRIMARIAS DEL D.F. MAYO-SEPTIEMBRE 1992.

SITIO	TOTAL	%
CABEZA	15	9.37
TORAX	55	34.37
EXTREMIDAD SUPERIOR	60	37.5
EXTREMIDAD INFERIOR	30	18.75
	160	99.99

FUENTE: ENCUESTA APLICADA A ESCOLARES

TABLA: 18

TOTAL DE ALUMNOS ENTREVISTADOS QUE SOLICITARON AYUDA EN 390 ESCOLARES  
DE 78 GRUPOS DE 11 ESCUELAS PRIMARIAS DEL D.F. MAYO-SEPTIEMBRE 1992.

	F	%	M	%	TOTAL	%
SI	106	56.08	116	57.71	222	56.92
NO	65	34.39	66	32.83	131	33.58
SIN RESPUESTA	18	9.52	19	9.45	37	9.48
	189		201		390	99.98

FUENTE: ENCUESTA APLICADA A ESCOLARES

## DISCUSION

El hecho de vivir en sociedad y particularmente en los tiempos -- modernos, ha llevado a que el maltrato a menores en el hogar sea el -- más oculto, el menos controlado de todos los crímenes violentos. Debido a diversos factores, entre los que se encuentran la deshumanización, complicidad entre las familias o vecinos, la falta de valor civil para contrarrestar estos hechos.

La familia es una de las instituciones sociales que más contribuyen en el desarrollo y formación de la personalidad del niño, pues no sólo debe satisfacer las necesidades materiales y físicas, sino también las emotivas; por lo que la agresión al niño implica la frustración o la deformación de las funciones que regirán dentro y fuera de su familia.

Sin embargo, en nuestro tiempo este fenómeno persiste en el marco del desarrollo económico y social de la cultura del siglo XX con todas sus implicaciones y con efectos imposibles de medir en su totalidad, - en virtud de que su magnitud es mayor de lo que se puede pensar en razón de los hechos conocidos.

No existe un estudio similar al presente, pero se encontro que hay concordancia en cuanto a los resultados obtenidos en relación a -- otros estudios practicados sobre este tema.

En este estudio se encontro que no hubo diferencia en la ocupación de los padres y en el estado civil son casados.

Como factores de riesgo se refirió el hacinamiento y el consumo de alcohol.

El sexo masculino fue el más afectado y en relación al lugar que ocupa en la familia, el segundo, probablemente porque protestan o se defienden más.

El abuso físico fue referido en 160 casos. La mayoría de los estudios practicados incluyendo el presente, la madre fue considerada como la principal agresora. Lo cual puede explicarse en muchos casos porque la madre pasa más tiempo con el niño que el padre, también puede ser - porque la madre a su vez es objeto de malos tratos por parte del esposo y este trato brutal genera violencia que recae en el niño.

Los 75 casos referidos, como abuso emocional, en ausencia de daño físico resulta difícil demostrarlo; suele ser diagnosticados por psicólogos, psiquiatras, tan sólo años después, cuando los síntomas de la alteración emocional se hacen más evidentes debido a que las secuelas que dejan no son físicas pueden pasar inadvertidas.

Para mejorar la atención de estos pacientes, el personal médico debe respetar la opinión y orientación de otros profesionales con puntos posiblemente diferentes, en un medio donde es poco factible la erradicación de este problema porque la violencia, pobreza y desempleo son fenómenos cotidianos y desempeñan un papel influyente en la génesis del síndrome.

Actualmente en la ciudad de México, el DIF con su programa PREMAN proporciona apoyo jurídico y social a quien los solicite, lo que constituyen un avance para la atención de estos niños y su familia:

Teléfono: 6385000 Ext. 178, 263, 295

las 24 hrs. del día de los 365 días del año

Domicilio: Xochicalco No 947 ler. Piso Col. Portales



## CONCLUSIONES

No se logro obtener resultados favorables de la frecuencia de maltrato en las escuelas primarias, debido a la modificación de preguntas por parte de las autoridades de la SEP , el cual sólo permitio preguntas sobre maltrato intrafamiliar.

Por lo que es necesario realizar otros estudios para conocer la verdadera frecuencia en las escuelas primarias.

Es importante señalar que el presente estudio nos permitio establecer que no se puede valorar el maltrato infantil en forma parcial, ya que para establecer un diagnóstico correcto de maltrato infantil es necesario contar con un equipo multidisciplinario de la salud que realice una evaluación completa de la estructura y dinámica familiar, así como los aspectos socio-culturales en que se desarrollan, son factores desencadenantes de agresión hacia el niño.

Es necesario cambiar la actitud individual y social que admite o aprueba la utilización de la fuerza física como medio de educación, -- tal cambio podrá evitar futuros padres golpeadores.

Es importante mencionar la responsabilidad del médico familiar en esta entidad patológica, tanto a nivel preventivo, diagnóstico (portar no, tratamiento y rehabilitación del niño y su familia; como coordinador del equipo de salud debe dirigir las acciones encaminadas a:

1. Difundir la existencia de la historia natural de la enfermedad del maltrato infantil entre el personal de salud. (Anexo 3,4)
2. Motivar la colaboración con el equipo multidisciplinario de la salud para el control, seguimiento de niños y familias afectadas.
3. Aplicar un programa permanente de orientación a padres de familia. Aplicados a una población en general, sin destinarlos a un grupo -- particular de alto riesgo.

Por lo que concluimos que el maltrato infantil en esta investigación es frecuente:

1. En este estudio se presento en total 60.25%
2. Como factores de riesgo el hacinamiento y consumo de alcohol.
3. El sexo masculino fue el más agredido en un 40.70%.

4. El lugar que ocupa en la familia el niño evaluado fue, el segundo, en un 35.74%, fue el más afectado.
5. El 65.48% refirieron maltrato una vez por semana.
6. La agresión más frecuente fue el físico 68.08%.
7. El agresor mas frecuente fue la madre.
8. La zona escolar más afectada fue la 14, en un 54.67% siendo el turno vespertino con mayor incidencia 59.67%.

HISTORIA NATURAL DEL MALTRATO INFANTIL SIN INTERVENCIÓN

PERIODO PREPATOGENICO	PERIODO PATOGENICO
<p><b>FACTORES DE RIESGO</b>                      En el adulto:                      Fue niño maltratado                      Inadaptado                      Violento                      Impulsivo                      Alcohólico                      Drogadicto                      Depremido                      Psicópata                      Neurótico</p>	<p>1. Quemaduras                      2. Equimosis, Hematomas, hemorragias                      3. Fracturas o Luxaciones                      4. Lesiones: cerebromeningeas viscerales variadas                      5. Manifestaciones de ansiedad</p> <p>Abuso físico y/o emocional</p> <p>1. Lesiones genitales                      2. Manifestaciones de ansiedad                      3. Lesiones físicas diversas</p> <p>Abuso sexual</p> <p>1. Desnutrición, anemia.                      2. Retraso en el desarrollo psico-motor.                      3. Infecciones frecuentes.                      4. Sx. de detención del crecimiento.</p> <p>Descuido físico y/o emocional</p> <p>Laboratorio y gabinete.                      Exámenes útiles para el Dx. diferencial.                      Lab., BH, pruebas de coagulación, fosforo, calcio, EGO.                      Rx. Cráneo, torax, extremidades</p> <p>Exámenes especiales:                      E.E.G.                      Pruebas psicológicas</p>
<p><b>En el niño:</b>                      No fue deseado                      "Diferente"                      Hiperactivo                      Defectos físicos                      Problemas Psicomotores                      No cumple expectativas de los padres</p> <p><b>En la familia:</b>                      Crisis o una serie de crisis (problemas socioeconómicos, cualquier transgresión emocional).</p> <p><b>En la sociedad:</b>                      Tolerancia cultural                      "Derecho de corrección"</p>	<p>Complicaciones tempranas:                      1. Alteraciones de la salud (invalidez, retraso psicomotor, etc.)                      2. Problemas escolares.                      3. Muerto.</p> <p>Complicaciones tardías:                      1. Conducta juveniles antisociales (delincuencia, drogadicción, etc.)                      2. Serán padres golpeadores</p>

NIVELES DE APLICACION DE LAS MEDIDAS PREVENTIVAS

PREVENCIÓN PRIMARIA	PREVENCIÓN SECUNDARIA	PREVENCIÓN Terciaria
<p>Promoción de la salud</p> <p>1. Fomentar la comunicación y convivencia F.</p> <p>2. Escuelas permanentes para padres (PPOP).</p> <p>3. Orientación prematrimonial y prenatal.</p>	<p>Sospecharlo en :</p> <p>1. Niño accidentado que tarda en recibir atención</p> <p>2. Lesiones cuyo origen no sea claro.</p> <p>3. Sx. de detención de crecimiento y desarrollo.</p> <p>Pruebas de Lab. y gabinete para hacer diagnóstico diferencial</p> <p>TRATAMIENTO OPORTUNO</p> <p>Depende de la severidad de las lesiones y encaminado al control de las lesiones físicas.</p> <p>LIMITACION DEL DAÑO</p> <p>1. Separación del medio de peligro.</p> <p>2. Hogares sustitutos.</p> <p>3. Tratamiento psicológico del niño y de su agresor.</p> <p>4. Terapia familiar.</p> <p>5. Grupos de control y previsión en el 1er. nivel de atención y a nivel hospitalario.</p>	<p>1. Al niño: Física y psicológica.</p> <p>2. Al agresor: Psicológica.</p> <p>3. A la familia: Terapia familiar.</p> <p>4. Visitas periódicas a la familia.</p> <p>5. Ingreso de los padres al programa de padres anónimos.</p>

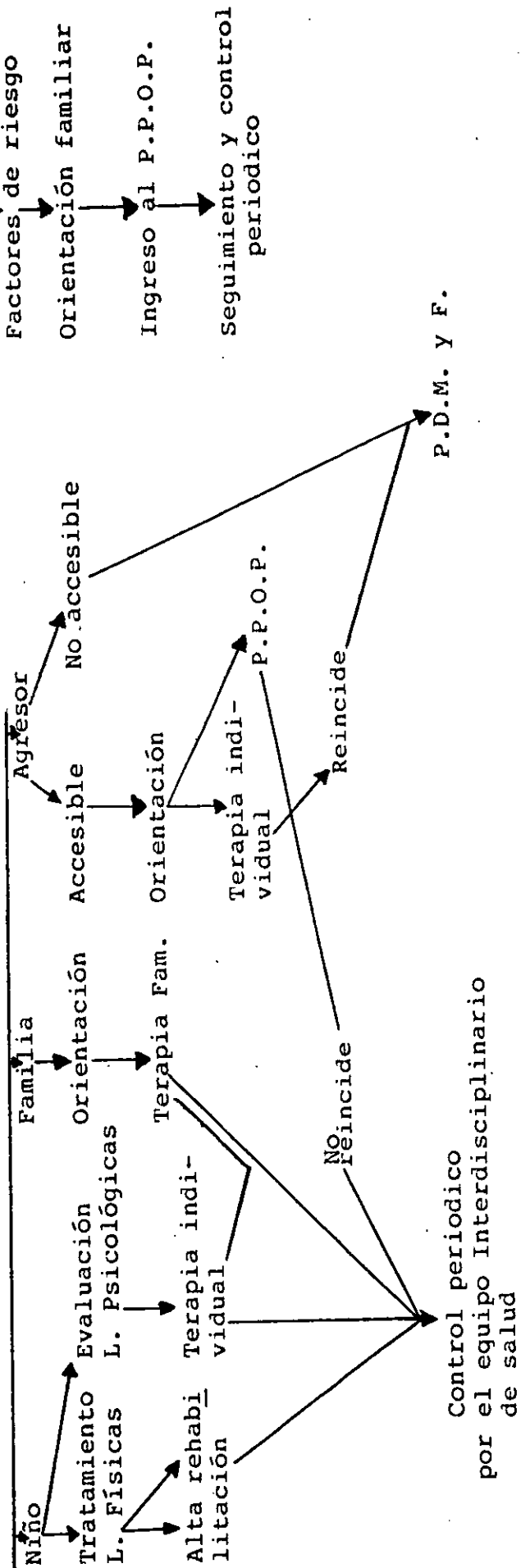
CONTINUACION DE ANEXO 3

FLUJOGRAMA PARA EL PRIMER NIVEL DE ATENCION MEDICA ANTE LA SOSPECHA DE MALTRATO INFANTIL

Niño con síntomas sugestivos de Maltrato Infantil  
 Atención inmediata de las lesiones  
 Historia Clínica Individual y Familiar  
 Visita domiciliaria de Trabajo Social

Evaluación del caso

EN CASO COMPROBADO - Atención a: CASO NO COMPROBADO



ANEXO 4 (25)

P.P.O.P. Programa Permanente de Orientación para Padres

P.D.M. y F. Procuraduría de la Defensa del Menor y la Familia

## B I B L I O G R A F I A

1. ANALISIS SISTEMATICO DE LOS DATOS REGISTRADOS DE MENORES MALTRATADOS EN EL PROGRAMA DIF-PREMAN 1983-1986.
2. BAEZA HERRERA C., HOQUE S., FRANCO VAZQUEZ R.: SINDROME DEL NIÑO - MALTRATADO. ESPECTRO DE UN PROBLEMA. BOLETIN MEDICO HOSPITAL INFANTIL MEXICO. ENERO 1986. VOLUMEN 13 NUMERO 1, P 71-76.
3. CLAUSSEN AH.: PHYSICAL AND PSYCHOLOGICAL MALTREATMENT: RELATIONS - AMONG TYPES OF MALTREATMENT. UNIVERSITY OF MIAMI. CHILD-ABUSE-NEGL; 1991; 15(1-2); P 5-18.
4. DE LA CONCHA H., SALINAS GUTIERREZ I. VEGA MALDONADO G.: PROBLEMATICA SOCIAL DEL NIÑO MALTRATADO EN LA CIUDAD DE MEXICO Y EL DIF. TESIS. LICENCIADO EN SOCIOLOGIA. DICIEMBRE 1990; P 80-128.
5. FONCERRAD MM.: EL NIÑO VICTIMA DE MALTRATO FISICO. REVISTA MEDICA IMSS. MEXICO, 1982; 20; P 71-76.
6. FONTANA VJ.: THE MALTREATMENT SYNDROME OF CHILDREN. PEDIATRY ANN; - 1984; 13; P 736-775.
7. FREDY ULATE M., SANDRA MADRIGAL T.: MALTRATO A MENORES EN UNA COMUNIDAD COSTARRICENSE. BOLETIN MEDICO HOSPITAL INFANTIL MEXICO. MAYO 1991, VOLUMEN 48, NUMERO 5, P 355-358.
8. FRANCO GARCIA F.: SINDROME DEL NIÑO MALTRATADO. TESIS, 1983, CHIHUAHUA, CHIH., P 1-22.
9. GABEL S., SWANSON AJ.: AGRESSIVE CHILDREN IN A DAY TREATMENT PROGRAM CHILDREN DAY HOSPITAL. NEW YORK HOSPITAL. CORNELL MEDICAL CENTER. CHILD-ABUSE-NEGLECT; 1990; 14 (4) : P 515-523.
10. HAROLD I.K.: COMPENDIO DE PSIQUIATRIA. SALVAT. 1990; P 858-863.
11. HERNANDEZ CHAVEZ P: MORBILIDAD DEL SINDROME DEL NIÑO MALTRATADO EN EL HOSPITAL GENERAL DE ZONA No 3 IMSS, 1983, TESIS. MAZATLAN, SIN. P 1-26.

12. HOWAR H.: PSIQUIATRIA GENERAL. MANUAL MODERNO. 1989, P 520-522.
13. INCHAUSTEGUI C.: EL SINDROME DEL NIÑO MALTRATADO. AÑO 2 No 8, 1990, PSICOLOGIA DEL DEPARTAMENTO DE SALUD MENTAL, DIF-PUEBLA, P 6-9.
14. KAUFMAN J.: DEPRESSIVE DISORDERS IN MALTREATED CHILDREN DEPARTMENT OF PSYCOLOGY, YALE UNIVERSITY, NEW HAVEN. J. AM-ACD-CHILD-ADOLESC-PSYCHIATRY; 1991; MAR; 30(2); P 257-265.
15. KEMPE CH., HELFER RE.: THE BATTERED CHILD. ED. 3 CHICAGO. UNIVERSITY OF CHICAGO PRESS. 1980, P 1-53.
16. KULZ J.; MULLER T.; JORTZIKA; KRAUSL.: THE PROBLEM OF CHILD ABUSE - AND NEGLECT. KLINIK FUR KINDERHEILKUNDE, BEREICHES MEDIZIN DER WILHELM-PIECK- UNIVERSITAT ROSTOCK. KINDERARZTL-PRAX; 1990 DEC; 58(12) ; P 635-43.
17. LEGAJOS DE DENUNCIAS RECIBIDAS EN EL PROGRAMA DIF-PREMAN 1983-1986.
18. LEY SOBRE EL SISTEMA NACIONAL DE ASISTENCIA. PUBLICADA EN EL DIARIO OFICIAL. ENERO 9, 1986.
19. LIE GY; Mc MURTRY SL: FOSTER CARE FOR SEXUALLY ABUSE CHILDREN: A COMPARATIVE STUDY. SCHOOL OF SOCIAL WORK, ARIZONA STATE UNIVERSITY. CHILD-ABUSE-NEGL; 1991; 15 (1-2); P 111-21.
20. LOREDO ABDALA A, REYNES MANZUR J.: EL MALTRATO AL MENOR UNA REALIDAD CRECIENTE EN MEXICO. BOLETIN MEDICO HOSPITAL MEXICO. JULIO 1986, VOLMEN 43, NUMERO 7, P 425-432.
21. LOREDO ABDALA A.: SINDROME DEL NIÑO MALTRATADO. ASPECTOS FISICOS, - EMOCIONALES Y SOCIALES. MAYO-JUNIO 1987, P 123-131.
22. LOREDO ABDALA A., OLDAK S.: ALGORITMO DEL NIÑO MALTRATADO A SU INGRESO A UN CENTRO HOSPITALARIO PEDIATRICO DE TERCER NIVEL. BOLETIN MEDICO HOSPITAL INFANTIL MEXICO. FEBRERO 1990. VOLUMEN 47, NUMERO 2, P 91-94.
23. LOS DERECHOS DEL NIÑO 4o FORO CONGRESO. DIF-PUEBLA. 1991. P 15-20, 41-57.

24. MERCADO CASTRUITA J. CHAVEZ VARELA P.: SINDROME DEL NIÑO MALTRATADO. TESIS. 1983, CHIHUAHUA, CHIH.
25. MONROY CABALLERO C., GARCIA ACEVES A.: EL MALTRATO INFANTIL. INTERVENCION DEL MEDICO FAMILIAR EN SU PREVENCION, DETECCION TEMPRANA Y CONTROL. TESIS. 1986, P 1-64.
26. OSORIO Y NIETO A.: EL NIÑO MALTRATADO. ED TRILLAS, 1992, P 5-79.
27. OYEDAME A.: CHILD ABUSE AND NEGLECT: A GLOEAL FENOMENON. DEPARTMENT OF PREVENTIVE AND SOCIAL MEDICINE, UNIVERSITY, COLLEGE HOSPITAL, -- IBADAN, NIGERIA. AFR-J-MED-SCI; 1991 MAR: 20 (1), P 5-9.
28. POKORNY SF.: LA VIOLACION DE NIÑOS Y LAS INFECCIONES. OBSTETRICS - AND GINECOLOGY CLINICS OF NORTH AMERICA. 16(2); P 401-415; REF. 41, JUN 1989.
29. REYES CHAVEZ E.: PAPEL QUE OCUPA LA EDUCACION FAMILIAR DENTRO DE - UNA PEQUEÑA POBLACION DE BAJOS RECURSOS EN LA CUAL SE PRESENTA EL SINDROME DEL NIÑO MALTRATADO. TESIS. 1989. LICENCIADO EN PEDADOGIA. P 13-30.
30. ROBERT M. RECCE: CLINICAS PEDIATRICAS DE NORTEAMERICA " EL NIÑO -- MALTRATADO" VOLUMEN 4, 1989.
31. SIMPCISIO INTERNACIONAL SOBRE EL NIÑO MALIRATADO. AIN-MEXICCO. DICIEM BRE. 1979.
32. SRNEC P.: CHILDREN, VIOLENCE, AND INTENTIONAL INJURIES. CRIT-CARE-NURS-CLIN-NORTH-AM; 1991 SEP; 3(3); P 471-8.
33. SULLIVAN PM; BROCKHOUSER PE: PATTERNS OF PHYSICAL AND SEXUAL ABUSE OF COMMUNICATIVELY HANDICAPPED CHILDREN. ANN-OTOL-RHINOL-LARYNGOL; 1991 MAR; 100(3); P 188-94.
34. VONDRA JI; BARNETT D.: SEFL-CONCEPT, MOTIVATION, AND COMPETENCE - AMONG PRESCHOOLERS FROM MALTREATING AND COMPARISON FAMILIES. DEPART



ESTA TESIS NO DEBE  
SALIR DE LA BIBLIOTECA

39

MENT OF PSYCHOLOGY IN EDUCATION, UNIVERSITY OF PITTSBURGH. CHILD-ABUSE-  
NEGL; 1990; 14 (4); P 525-40.

35. WALDO E.N.: TRATADO DE PEDIATRIA. 13a ED. INTERAMERICANA. 1989. P 82-86.