



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

11226

FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 20

182

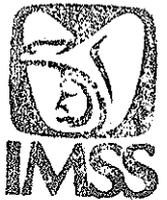
FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN EL SINDROME DEL NIÑO
MALTRATADO EN CIUDAD NEZAHUALCOYOTL.

TESIS

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
PRESENTA:

DRA. ANA LAURA ROSAS LOBATO

ASESOR DE TESIS:
DRA. YOLANDA ESTELA VALENCIA ISLAS



U.M.F. No. 20
BIBLIOTECA

GENERACION 1999-2002



MEXICO, D.F.

AGOSTO DEL 2001

SUBDIVISION DE ESPECIALIZACION
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA
U. N. A. M.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



Universidad Nacional
Autónoma de México



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.

AGRADECIMIENTOS

A DIOS:

TE DOY GRACIAS SEÑOR POR HABERME PERMITIDO FINALIZAR MI PROPÓSITO, ASI COMO HABER ESCALADO UN PELDAÑO MAS EN MI PROFESIÓN.

A MI ESPOSO ARMANDO:

GRACIAS POR BRINDARME TU CARIÑO, AMOR, COMPAÑÍA Y APOYO EN TODO MOMENTO, ASI COMO HABER FINALIZADO JUNTOS NUESTRA PROFESIÓN.

A MIS HIJAS RUSIA Y KENIA:

LES AGRADEZCO POR COMPRENDER LOS MOMENTOS DE AUSENCIA AL NO PODER ÉSTAR JUNTO A USTEDES, PERO SABEN QUE TODO LO QUE REALIZO ES POR EL BIEN DE USTEDES. LAS AMO MUCHO HIJAS.

A MIS PADRES Y HERMANOS:

GRACIAS POR SU APOYO EN TODO MOMENTO AUNQUE ESTAN LEJOS NUNCA LOS OLVIDO. GRACIAS POR TODO.

A MIS AMIGOS Y COMPAÑEROS :

FELICIDADES POR LOGRAR Y CONCLUIR SUS PROPÓSITOS. ESPERO Y DESEO QUE LES VAYA BIEN EN TODO LO QUE SE PROPONGAN.

A MIS PROFESORES DRA YOLANDA, DR. JUAN Y DR. MAURILIO:

**LES AGRADEZCO POR HABERME BRINDADO SUS CONOCIMIENTOS Y ENSEÑANZA
GRACIAS POR TODO.**



EL ANGEL DE LOS NIÑOS.

Un niño que todavía no había nacido

Le dijo un día a Dios:

“Me dicen que me vas a enviar mañana a la tierra,
pero, Como viviré allá tan pequeño y
tan débil como soy” Dios le contesto:

“Entre los muchos ángeles, escogí
a uno que te espera.”

“Pero dime,” le dijo el niño.

“Aquí en el cielo no hago mas que cantar y sonreír
y eso basta para mi felicidad.

Podré hacerlo allá.

Dios le dice: “No te preocupes el ángel cantara

Y sonriera para ti todos los dias y te sentirás

Muy feliz con sus canciones y sus sonrisas.

El niño “ Y como entenderé cuando me hablen

Si no conozco el extraño idioma que hablan los hombres”

Dios: “ Ese ángel te hablara las palabras

Mas dulces y mas tiernas que escucharan los humanos. El te enseñara.

El niño: “Que haré cuando quiera hablar contigo”.

Dios:”Ese ángel juntara tus manitas y te enseñara una oración.

El niño: “He oído que en la tierra hay hombres malos. Quien velara por mi”.

Dios: “El ángel te defendera aunque le cueste la vida”.

Pero el niño siguió insistiendo y le dijo:

“Pero estaré siempre triste porque no te veré mas”.

Pero el Señor le contesto: “No temas porque este ángel te hablara
siempre de mi y te mostrara el camino a mi presencia.”

Entonces el niño le dijo seriamente: “Dime su nombre, Señor”.

Y el Señor le contesto: El nombre del ángel es MAMA:

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Autorizo a la Dirección General de Bibliotecas
UNAM a difundir en formato electrónico e impres.
contenido de mi trabajo recepción.

NOMBRE: Ana Lavei ROSAS

Lohato

FECHA: 05/12/02

FIRMA: [Firma]

Vo. Bo ASESOR

Yolanda Valencia Islas

**DRA. YOLANDA VALENCIA ISLAS
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
JEFE DE ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN
DE LA U.M.F. No 20 "VALLEJO"
DELEGACION 1 NOROESTE D.F I.M.S.S**

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Vo.Bo.



DR. MAURILIO ESPINO GARCIA
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
PROFESOR ADJUNTO DEL CURSO DE ESPECIALIZACION
EN MEDICINA FAMILIAR U.M.F. No. 20

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Vo.Bo.

DR. JUAN ESPINOZA MARTINEZ
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
PROFESOR ADJUNTO DEL CURSO DE ESPECIALIZACION
EN MEDICINA FAMILIAR U.M.F. No. 20

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

INDICE

OBJETIVOS.....	1
JUSTIFICACION.....	2
ANTECEDENTES CIENTÍFICOS.....	3
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	10
MATERIAL Y METODOS.....	11
RESULTADOS.....	13
TABLAS Y GRAFICOS.....	16
ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS.....	31
CONCLUSIONES.....	34
COMENTARIOS.....	35
RESUMEN.....	37
BIBLIOGRAFÍA.....	39
ANEXOS	42

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

OBJETIVO GENERAL

Identificar si existe diferencia estadísticamente significativa en los niños con Maltrato Infantil del Centro de Atención Integral al Niño Maltratado (CAINM) y los no Maltratados de la Escuela Primaria Ignacio Manuel Altamirano en Ciudad Nezahualcoyotl.

OBJETIVOS PARTICULARES

- 1º. Describir en que edad se presento el maltrato infantil.**
- 2º Conocer en que sexo se presento el maltrato infantil.**
- 3º. Determinar la ocupación y la escolaridad del agresor en el maltrato infantil.**
- 4º.-Conocer la tipología y la estructura familiar en el maltrato infantil.**
- 5º. Identificar el grado de funcionalidad familiar que presenta el niño maltratado del Centro de Atención Integral al Niño Maltratado y los no Maltratados de la Escuela Primaria Ignacio Manuel Altamirano**



JUSTIFICACION

Actualmente vivimos inmersos en un ambiente lleno de violencia , situación de la que desafortunadamente no se escapan los niños. El maltrato infantil ha llegado a ser un problema que se ha incrementado en forma alarmante. Aun no se tienen cifras de la magnitud del mismo, se infiere que su presencia es cada vez más evidente (1).

El maltrato al menor puede ser físico, por abuso sexual, descuido y privación afectiva. La frecuencia del maltrato infantil es alta, el 18 por ciento de todos los niños están sujetos a alguna forma de maltrato , muchos mueren y otros quedan lisiados de por vida. En Estados Unidos 4000 niños mueren al año debido a lesiones causadas por un adulto. En México, los estudios realizados son escasos (4).

Por esto es necesario difundir el conocimiento sobre este problema en todos los ámbitos, con la finalidad de prevenirlo, identificarlo desde un punto de vista de la dinámica familiar, así iniciar su abordaje terapéutico temprano. El médico familiar necesita ser cada día más un elemento capaz de contribuir a un cambio y por lo tanto, tener una visión integradora en la atención del niño maltratado y a su familia y a la sociedad.

ANTECEDENTES CIENTIFICOS

Durante siglos la agresión al menor ha sido justificada de diversas formas, se les ha sacrificado para agradar a los dioses o mejorar la especie, o bien como una forma de imponer disciplina. (1,2).

En la historia encontramos mitos, leyendas y descripciones literarias referentes a la actitud de exterminio y maltrato hacia los menores. En la mitología se relata que Saturno devora a su progenie y que Medea mata a sus dos hijos para vengarse de Jasón. En la Biblia se relata el caso de Abraham, quien estuvo a punto de sacrificar a su hijo Isaac, así como la matanza de los inocentes ordenada por Herodes.(1).

El maltrato infantil es un problema escondido en muchos países, debido a que no se cuenta con datos, ya que el tema está cargado de vergüenza y negación. No obstante, el maltrato infantil es un problema en los países tanto desarrollados como en vías de desarrollo. En nuestro país no se registran estadísticas ni estimaciones confiables sobre las diversas formas de violencia doméstica hacia los niños y adolescentes.(4).

El síndrome del niño golpeado fue descrito por primera vez en 1868 por Ambrosie Tardieu, catedrático de medicina legal en París, luego de realizar las autopsias de 32 niños golpeados y quemados. Henry Kempe y Silverman, en 1962, crearon la expresión síndrome del niño golpeado en base a las características clínicas presentadas por los casos que ingresaban al servicio de pediatría del Hospital General de Denver, en Colorado.(5).

En muchos aspectos hemos superado felizmente a la edad media, sin embargo, en otros aspectos solo tenemos una falsa sensación de ello. La frase en la antigüedad que los "Padres tenían derecho sobre la vida y muerte de sus hijos", hace un intento fallido por diferenciar la edad media de la moderna, siendo la única distensión la variedad de nombres y explicaciones que se le da al mismo fenómeno, conocido hoy en día como "Síndrome de Silverman", "Síndrome del niño malquerido", "Síndrome del niño mártir" o "Síndrome del niño maltratado" términos para referirse a la violación de los derechos del niño que domina en muchas relaciones familiares (5,6).

La definición se ha modificado y enriquecido con las aportaciones de los investigadores que se han abocado al tema, apartir de la primera emitida por Kempe en 1962, quien originalmente define al maltrato infantil “ Como el uso de la fuerza física no accidental , dirigida a herir o lesionar a un niño, por parte de sus padres o parientes”. La comisión Nacional de los Derechos Humanos propone la siguientes definición, “ Toda acción, omisión o trato negligente , no accidental, que priva al niño de sus derechos y bienestar, que amenaza y/o interfiere su ordenado desarrollo físico, psíquico o social y cuyos autores pueden ser personas, instituciones o la propia sociedad.

El Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia define “ Son 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 tutores, custodios o personas responsables de ellos” (7,8,9,10,11).

La causa exacta del maltrato infantil se desconoce aunque hay tres factores a) Las características de los padres, b) Las características de los niños y c) Las características del medio ambiente que influyen en el maltrato potencial. Sin embargo “ Hay que tener muy presente que ningún factor ni grupo de factores es realmente predictivo. Solo se puede afirmar que la interacción de estos factores al parecer incrementa el riesgo de maltrato que se produce en una familia en particular”. Esta triada de factores son a) El temperamento del niño puede ser hiperactivo, muy inteligente, enfermo crónico o muy exigente etc. El niño sin saberlo también contribuye a la situación del maltrato, b) El estrés ambiental. Aquí mencionaremos dificultades económicas por ejemplo: un embarazo no deseado, un divorcio o presiones familiares, c) El propio antecedente de quien maltrata (fue maltratado, o pensar que maltratar es la forma de controlar comportamientos, el abuso del menor es un derecho del adulto etc.).(11,12,14).

Las manifestaciones clínicas del maltrato infantil se sospechan porque la lesión es inexplicable. Son frecuentes las contradicciones entre el relato de un accidente menor y los signos físicos de una lesión importante o entre la historia y el grado de desarrollo del niño. Smith comprobó que el 40 % de los niños maltratados no se llevan a la consulta hasta la mañana siguiente y el 60 % de uno a cuatro días más tarde. La historia clínica es un parámetro que nos permite orientarnos de muchos detalles; tales como si el niño es o no deseado, si pertenece a una familia funcional o disfuncional, su estrato socioeconómico, si tiene alguna malformación congénita, ó

algún otro tipo de deficiencia o bien si hay traumatismos de repetición y hospitalizaciones frecuentes. (15,16,17).

Las estadísticas mundiales revelan que más del 60% de los niños que sufren maltrato pertenecen a la edad escolar; siendo el agresor de los pacientes estudiados fue principalmente la madre. En términos generales cualquier adulto puede ocasionar maltrato al menor; sin embargo, es indispensable hacer una diferenciación sobre el tipo de agresión existente. Cuando predomina el daño físico, el victimario habitualmente es del sexo femenino y de ellas la madre ocupa el primer lugar. Cuando el problema corresponde a algunas de las modalidades de abuso sexual el agresor habitual es del sexo masculino y entre ellos se encuentra el padre, el padrastro, el abuelo, el primo, etc.

En lo que respecta a la condición socioeconómica, en general, se tiene la idea de que este fenómeno médico-social solamente se observa entre personas de condición socioeconómica débil, sin embargo, y de acuerdo a nuestra experiencia el fenómeno se observa en todos los estratos sociales. Referente a la escolaridad hay un gran número de agresores tienen el estigma de ser analfabetas o bien haber cursado únicamente algunos años de la educación primaria. Lo importante es que no existe claramente una relación de causa-efecto entre ignorancia-maltrato al menor.

Habitualmente 25%-30% de estas personas no tienen empleo y por lo tanto su nivel económico es muy bajo. En el resto, su actividad cotidiana va desde un empleo de oficina hasta actividades del campo. Pero casi siempre con un ingreso económico muy limitado. Referente a la ocupación del agresor femenino la mitad de ellas, en nuestro medio, se encuentran desempeñando las labores del hogar y el resto quedan distribuidas entre empleadas, oficinistas y profesionistas.(2, 18,19,20,)

El niño no sabe defenderse ante los agresiones de los adultos, no pide ayuda, esto lo sitúa en una posición vulnerable ante un adulto agresivo y/o negligente. Los niños que sufren maltrato tienen múltiples problemas en su desarrollo evolutivo, déficits emocionales, conductuales y sociocognitivos que le imposibilitan un desarrollo adecuado de su personalidad. De ahí la importancia de detectar cuanto antes el maltrato y buscar una respuesta adecuada que ayude al niño en su desarrollo evolutivo.

Los indicadores que nos orientan ó nos indican una situación de riesgo o maltrato son: señales físicas repetidas (equimosis, hematomas, quemaduras) apatía permanente, cambios en la conducta, hostiles, agresivos, actitud hipervigilantes, conductas sexuales explícitas, juegos y conocimientos inapropiados para su edad.padecimientos frecuentes inexplicables, problemas alimenticios y conductas

antisociales, intentos de suicidio y sintomatología depresiva, retraso en el desarrollo físico, emocional e intelectual.

En los padres y/o cuidadores: parecen no preocuparse por el niño, no acuden a las citas y reuniones del colegio desprecian y desvalorizan al niño en público, presentan dificultades en el matrimonio, abusan de sustancias tóxicas (alcohol y/o drogas), justifican la disciplina rígida y autoritaria. Estos indicadores pueden observarse en otros casos que no necesariamente se dan en niños maltratados, la diferencia más notable es que los padres maltratadores no suelen reconocer la existencia del maltrato y rechazan cualquier ayuda, llegando a justificar argumentos muy variados de este tipo de acciones. (21,22,23).

En aquellas familias en las que hay maltrato surge cuando sus integrantes se ven rebasados por situaciones especialmente estresantes (crisis), estas crisis pueden tener relación con los ciclos de la propia familia (nacimiento de un niño, inicio de la escolaridad, hijos adolescentes, familias extensas etc.) por lo que la estructura social más importante es sin duda la familia. En el sistema familiar existe una amplia gama de interacciones y conductas que comunican sentimientos. La familia es el sistema interaccional más significativo de las personas y como generadora de procesos de pertenencia e individuación no esta ajena a los desacuerdos y a las crisis.(18)

Los sistemas familiares se desarrollan como organismos autónomos y dependientes, al igual que sus miembros. En este desarrollo van creando su propia identidad dependiendo de los comportamientos de sus integrantes y de las demandas mutuas, dependiendo de las alternativas y opciones que tengan para resolver problemas. (18,19,20).

Por lo que es importante la evaluación de la funcionalidad familiar basándose en una teoría de sistemas, donde la familia es de suma importancia en el maltrato infantil, es la repercusión que el niño va tener sobre el núcleo familiar y en su comportamiento ante la sociedad .

Podemos decir de esta manera, que la violencia intrafamiliar producen conflictos psicológicos e interpersonales en todo individuo , es decir, que altera directamente el funcionamiento y estructura del sistema familiar (24).

La familia ha sido analizada por diversas ciencias que ha creado el ser humano y ha sido difícil poder establecer una definición completa de lo que es la familia, ya que esta dependerá del enfoque y momento histórico; se puede considerar que es el nombre con que se designa a la organización social tan antigua como la propia humanidad y que simultáneamente con su evolución histórica ha experimentado una serie de transformaciones que le han permitido adaptarse a su modelo histórico.

La definición etimológica de la familia deriva de la raíz latina fámulus lo que significa sirviente o esclavo doméstico. Hasta 1961 Bachofen inicia el estudio científico de la Familia y por lo tanto, un intento de establecer o aclarar su historia, definirla y tipificarla a través del tiempo.

Varios conceptos han sido enunciados, sin embargo entre los que mejor definen a lo que es la familia se encuentra el siguiente "Es un grupo social integrada por elementos (individuos) y subunidades (padres, hijos etc.) que conviven unos con otros en una relación consistente y duradera y al existir una alteración en sus componentes serán afectados en su comportamiento y desarrollo individual así como la naturaleza de las relaciones que existen entre ellos.(24,25)

Sin embargo existen otras definiciones de familia, de acuerdo al censo Americano: "Es un grupo de dos o más personas que viven juntas y relacionadas unas con otras por lazos sanguíneos, de matrimonio o adopción y que ejercen interrelación recíproca porque saben que existen los demás y existen ellos y se consideran una unidad. (25,26).

De acuerdo a su estructura la familia se clasifica en:

Nuclear: constituida por padre, madre e hijos. Familia extensa: compuesta por padre, madre e hijos y abuelos, aquí interviene más de una generación. De acuerdo a su historia se clasifica en familia primitiva: Esta es sumamente numerosa abarca todo tipo de parientes consanguíneos, Tradicional: son familias numerosas que exceden de dos o más generaciones y la Moderna es una familia poco numerosa, comprendiendo una sola generación, en ella influyen muy poco los valores tradicionales y es muy susceptible al cambio.

Por su área Geográfica se clasifica en rural y moderna en cuanto a la dinámica familiar en integrada, semiintegrada y desintegrada. A medida que el tiempo transcurre, la familia pasa de manera progresiva por las diversas etapas del ciclo de vida (noviazgo, matrimonio, expansión, dispersión, independencia, retiro y muerte), ante lo cual surge la necesidad de modificar del mismo modo la configuración de las relaciones familiares. La eficacia de los recursos de la familia para enfrentar los problemas y conflictos siempre cambiantes es lo que mantiene el equilibrio relativo entre la tendencia de ésta a aferrarse a todo aquello que ya le es conocido, y la apertura que manifiesta para asimilar un cúmulo de experiencias nuevas. (27)

Una vez que ocurre un acto violento surge como una forma de interacción producto de la simplicidad del sistema familiar, que al no contar con mayores alternativas y posibilidades de enfrentarse a las crisis a una relación violenta. La mayor parte de casos de maltrato infantil se producen dentro de la unidad familiar siendo el resultado de generaciones de disfunción, y representa un sistema disfuncional actual.

El maltrato en los niños se produce en todos los niveles socioeconómicos y en todas las localizaciones geográficas. Afecta a todos los grupos religiosos, étnicos. Estudios realizados demuestran que existe un predominio de la clase media y baja, situación que favorece el hacinamiento, donde las familias tienen un contacto más limitado con el mundo exterior, mala definición de roles y en el que predominan los conflictos maritales. (27,28).

Existen patrones conductuales de las familias en las que se producen maltrato infantil o que presentan un riesgo de maltrato infantil. Estos patrones son los siguientes:

- a) Aislamiento geográfico y social: la familia tiende a resguardarse viviendo en una zona remota, o bien limitado de forma importante sus interacciones sociales.
- b) Patrones disfuncionales de comunicación, incluyendo secretos, comunicación indirecta, comunicación con la pareja a través de los niños.
- c) Desequilibrio en el poder de los padres, de manera que el padre o la madre es muy autoritario.
- d) Dependencia de sustancias químicas.
- e) Otras formas de violencia en las relaciones, incluyendo abuso del cónyuge.
- f) Problemas conyugales, antecedentes de maltrato infantil en los progenitores. (29)

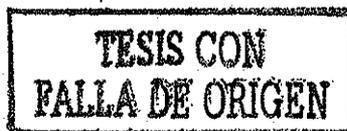
Es evidente que el fenómeno del maltrato al menor ha despertado, un enorme interés en todo el mundo y aunque es más marcado en los países que constituyen el llamado "primer mundo", es indudable que también se ha observado en los que se encuentran en "vías de desarrollo"

En México podemos señalar que el fenómeno de concientización hacia la comunidad médica ha permitido la aparición de diversas instituciones en donde se atiende el problema de maltrato al menor. Las que dependen del Gobierno Federal y las que son de carácter privado conforman, en nuestro país, el marco de referencia de este problema.

Baste mencionar a tres Institutos como son el Instituto Nacional de Pediatría (INP), el Instituto de Salud Mental y el DIF, que son sitios en donde el fenómeno del maltrato al menor es atendido integralmente, permite señalar el interés del Gobierno Federal para captar y manejar esta problemática humana. (30)

Para poder analizar el problema en toda su dimensión es necesario recordar algunos aspectos que son prácticamente universales

- a) Se requiere de una triada constituida por: 1) el niño agredido 2) el agresor y 3) un proceso detonante.



1°. Las características del niño agredido son: portador de una malformación física sin importar su gravedad ni localización, que curse con un padecimiento crónico, o sufrir deterioro neurológico de grado y severidad variable y ser un producto no deseado.

2°. Del agresor se tendrá presente la existencia de : Antecedente de haber sido víctima de maltrato por sus progenitores. y este patrón de conducta tiende a repetirse. Parece ser una forma de conducta aprendida y de la cual el agresor difícilmente se desprende, porque no se da cuenta, consumo de alcohol y/o drogas y ser padrastro o madrastra.

3°. En lo que respecta del fenómeno detonante casi siempre gira alrededor de los aspectos económicos como: pérdida súbita del empleo, descompostura de un aparato eléctrico, habitar en una vivienda con o sin mínimos servicios generales, existencia de disfunción conyugal y vivir en una zona de conflicto ambiental.

Es importante señalar que el médico familiar influya sobre el pronóstico del paciente indicando las referencias adecuadas y resolviendo algunos de los problemas que se señalan a continuación:

- a) Se debe exponer las alteraciones de carácter físico entre el niño o su familia, según sea adecuado. Se debe tranquilizar a los niños en el sentido de que las lesiones permanentes han sido mínimas.
- b) Es adecuado comentar al paciente y su familia el hecho de que el maltrato puede dar lugar a alteraciones emocionales, conductas y físicas cuyo alcance dependerá del nivel de desarrollo de la propia víctima. Se debe referir al niño y a su familia a diversos terapeutas que deben compartir objetivos congruentes.
- c) Asignar responsabilidades de forma correcta. Siendo necesaria en los casos para los niños que piensan que son responsables del maltrato. Los niños deben saber que el maltrato que han sufrido no es culpa suya.

Las cuestiones terapéuticas dependerán en gran medida de la reacción individual frente al abuso, que su vez esta influida por las características genéticas, la respuesta de las personas de la víctima frente al abuso, las formas y el origen del maltrato, la edad del niño, la duración del abuso, el número de situaciones previas al maltrato y la personalidad de la víctima.

Es sin duda, difícil de abordar a las familias y de solucionar los problemas que presenta los niños maltratados como son el: cólera, rabia, tristeza, baja autoestima, miedo, los sentimientos de ser diferentes de otras personas, la depresión, la falta de confianza, la ansiedad, los sentimientos de impotencia, la desesperanza y las distorsiones intelectuales o cognitivas producidas por el maltrato. Por lo que la conducta humana no se localiza dentro del individuo, sino, en un contexto social más amplio, su familia en primer término. La familia es la Institución en donde el aprendizaje de los roles y los vínculos, son elementos que la defiende y le permiten al ser humano una adecuada socialización. (30,31).



PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿ Existe diferencia estadísticamente significativa en los niños con maltrato infantil del Centro de Desarrollo de Integración Familiar y los no maltratados de la Escuela Primaria Ignacio Manuel Altamirano.?



MATERIAL Y METODOS

Este estudio se llevó a cabo en la Escuela Primaria Ignacio Manuel Altamirano y en el Centro de Atención Integral al niño Maltratado (DIF), Ambos ubicados en Ciudad Nezahualcoyotl, Con niños con el diagnóstico de maltrato infantil y no maltratados. Durante el periodo de lo. de Enero al 30 de junio del 2001.

Las características del estudio que se llevo a cabo fue Descriptivo, Prospectivo, comparativo y Transversal.

El universo de trabajo es de 55 niños del Centro de Atención Integral al Niño Maltratado así como 55 niños de la Escuela Primaria Ignacio Manuel Altamirano siendo seleccionados en forma aleatoria de los diferentes grupos de niños con una edad comprendida de 6 a 12 años.

Los criterio de Inclusión fueron los siguientes:

1º. Niños con diagnóstico de síndrome del niño maltratado del Albergue del Centro de Atención Integral del Niño Maltratado con una edad comprendida de los 6 a 12 años.

2º. Niños sin maltrato infantil de la Escuela Primaria Ignacio Manuel Altamirano con una edad comprendida de los 6 a los 12 años.

Los criterios de Exclusión fueron los siguientes:

1º. Se excluyeron familias que no desearon participar en el estudio

2º. Niños con ausencia de padres.

Se aplico un instrumento a los niños no maltratados de la Escuela Primaria Ignacio Manuel Altamirano para descartar la existencia de maltrato infantil. Este instrumento es elaborado por el Sistema Municipal Integral Nezahualcoyotl (DIF). Que consta de 4 ítems valorando: historia clínica, datos del agresor, el niño agredido y reporte médico. Así como la aplicación de una cédula de identificación elaborada por la Dra. Rosas Lobato para obtener la edad, sexo, escolaridad, ocupación, tipología y estructura familiar.(ANEXO 1)

Posteriormente se procedió la aplicación del instrumento de investigación para valorar la funcionalidad familiar con relación a la prueba de MC Master, que tiene como finalidad de abordar al grupo familiar como unidad de estudio. Este instrumento consta de 4 variables:(ANEXO 4)



1°. Estructura familiar: esta variable hace referencia a la jerarquía y límites. La familia como cualquier otro sistema tiene jerarquías, de tal forma que existen diferentes niveles de autoridad que forman partes de las reglas que gobiernan la organización familiar.

2°. Funciones de la familia: Esta variable hace referencia a la socialización, cuidado, afecto, reproducción, y status. En la encuesta sólo valora las 3 primeras funciones.

3°. Comunicación Familiar: Los patrones de comunicación son las reglas de interacción que gobiernan en un sistema familiar. Se inicia desde las primeras etapas del desarrollo mediante un proceso de aprendizaje.

4°. Roles familiares: Un rol familiar puede definirse como la forma de actuación del individuo al reaccionar ante una situación específica en las que están involucradas otras personas u objetos.

La calificación de la prueba para determinar el grado de funcionalidad familiar fue de 51 a 70: familia funcional, 71 a 140: familia moderadamente disfuncional, de 141 a más: familia altamente disfuncional. Las repuestas fueron: (1) fuertemente de acuerdo, (2) de acuerdo, (3) en desacuerdo y (4) fuertemente desacuerdo.

La encuesta se realizó de manera conjunta con las familias de los niños maltratados, explicando cuando se presentaba alguna duda.

El análisis estadístico se llevo a cabo mediante la prueba de significancia estadística de X^2 aplicada para la comparación de los grupos seleccionados, básicamente en cuanto a funcionalidad familiar, ocupación, escolaridad, esperando que mediante ésta prueba nos indicará si el estudio llevado a cabo tuvo o no significancia estadística entre los parámetros comparados.

Referente al análisis estadístico de la edad y sexo se procedió a utilizar: promedio, media y moda.

RESULTADOS

Los resultados del presente estudio de investigación, realizados aun total de 110 familias, 55 familias con niños con diagnóstico de Síndrome del niño maltratado del Albergue del Centro de Atención Integral al Niño Maltratado (CAINM).(100%) Y 55 familias con niños maltratados de la Escuela Primaria "Ignacio Manuel Altamirano, ambos grupos con una edad comprendida de 6 a 12 años(100%). (vid infra tabla y gráfica 1).

Se distribuyeron por edad de la siguiente manera: de 6 años(n=10) con un porcentaje de 17%, de 7 años (n=8)con un porcentaje de 14%, de 8 años (8) con un porcentaje de 14%, de 9 años (n=11)con un porcentaje de 20%, de 10 años(n=8) con un porcentaje de 18%, de 11 años (n=4) con un porcentaje 7% y de 12 años (n=6) con un porcentaje de 10%. (vid infra tabla y gráfica 2)

De acuerdo al sexo de los niños con maltrato infantil, la distribución fue la siguiente: masculino (n=32) con un porcentaje de 59%, y femenino (n=23) con un porcentaje de 41%. (vid infra tabla y gráfica 3)

Referente a la ocupación de la madre del niño con maltrato infantil fue la siguiente: ama de casa (n=31) con un porcentaje de 57%, obrera (n=10) con un porcentaje de 18%, empleada (n=10) con un porcentaje de 18%, profesionista (n=4) con un porcentaje de 7%, comparadas con la ocupación de la madre del niño sin maltrato infantil fue la siguiente ama de casa (n=25) con un porcentaje de 46%, obrera (n=11) con un porcentaje de 20%, empleada (n=12) con un porcentaje de 22% y profesionista (n=7) con un porcentaje de 12%. (vid infra tabla y gráfica 4)

De acuerdo a la ocupación del padre del niño con maltrato infantil fue la siguiente: desempleado (n=10) con un porcentaje de 18.18%, obrero (n=12) con un porcentaje de 21.81%, comerciante (n=12) con un porcentaje de 21.81%, empleado (n=19) con un porcentaje de 34.5%, profesionista (n=2) con un porcentaje de 3.63%; comparadas con la ocupación del padre del niño sin maltrato infantil fue la siguiente: desempleado (n=3) con un porcentaje de 5.45%, obrero (n=14) con un porcentaje de 25.45%, comerciante (n=13) con un porcentaje de 23.63%, empleado (n=17) con un porcentaje de 30.90 y profesionista (n=8) con un porcentaje de 14.54%. (vid infra tabla y gráfica 5)

Referente a la escolaridad de la madre del niño con maltrato infantil fue la siguiente: Nula (n=4) con un porcentaje de 7.27%, primaria (n=18) con un porcentaje de 32.72%, secundaria (n=26) con un porcentaje de 47.27%, preparatoria (n=5) con un porcentaje de 9.09% y profesionista (n=2) con un porcentaje de 3.63%. comparadas con la escolaridad de la madre del niño sin maltrato infantil fue la siguiente: nula (n=1) con un porcentaje de 1.81%, primaria (n=11) con un porcentaje de 20%, secundaria (n=28) con un porcentaje de 50.90%, preparatoria (n=7) con un porcentaje de 12.72% y profesionista (n=8) con un porcentaje de 14.54%. (vid infra tabla y gráfica 6)

En relación a la escolaridad del padre del niño maltratado fue la siguiente: nula (n=3) con un porcentaje de 5.45%, primaria (n=7) con un porcentaje de 12.72%, secundaria (n=33) con un porcentaje de 60%, preparatoria (n=10) con un porcentaje de 18.18%, y profesionista (n=2) con un porcentaje de 3.63%. comparadas con la escolaridad del padre del niño sin maltrato infantil fue la siguiente: nula (n=1) con un porcentaje de 1.81%, primaria (n=6) con un porcentaje de 10.90%, secundaria (n=26) con un porcentaje de 47.27%, preparatoria (n=14) con un porcentaje de 25.45% y profesionista (n=8) con un porcentaje de 14.54%. (vid infra tabla y gráfica 7)

En relación si la madre del niño con maltrato infantil presentó violencia intrafamiliar por parte de sus progenitores fue la siguiente : lo que afirmaron que si (n=35) con un porcentaje de 63% y los que afirmaron que no (n=20) con un porcentaje de 37% y por parte de quien fueron agredidas: por parte de la madre (n=25) con un porcentaje de 45% y por parte del padre (n=10) con un porcentaje de 18%. (vid infra tabla y gráfica 8 y 9)

En relación si el padre del niño con maltrato infantil presentó violencia intrafamiliar por parte de sus progenitores fue la siguiente: lo que afirmaron que si (n=38) con un porcentaje de 69% y los que afirmaron que no (n=17) con un porcentaje de 31% y por parte de quien fueron agredidos: por parte de la madre (n=27) con un porcentaje de 49% y por parte del padre (n=11) con un porcentaje de 20%. (vid infra tabla y gráfica 10 y 11)

De acuerdo a la estructura familiar de las familias del niño maltratado fue la siguiente: nuclear (n=26) con un porcentaje de 47%, extensa (n=21) con un porcentaje de 38% y compuesta (n=8) con un porcentaje de 15%. Comparadas con las familias con niños sin maltrato fue la siguiente: nuclear (n=26) con un porcentaje de 47%, extensa (n=23) con un porcentaje de 43% y compuesta (n=6) con un porcentaje de 10%. (vid infra tabla y gráfica 12)



Respecto a su área geográfica de las familias con niños maltratados la distribución fue la siguiente: urbana (n=44) con un porcentaje de 80% y rural (n=11) con un porcentaje de 20%, comparadas con las familias del niño sin maltrato fue la siguiente: urbana (n=46) con un porcentaje de 83% y rural (n=9) con un porcentaje de 17%. (vid infra tabla y gráfica 13)

De acuerdo a su Desarrollo familiar de las familias con niños maltratados la distribución fue la siguiente: tradicional (n=13) con un porcentaje de 23% y moderna (n=42) con un porcentaje de 77%, comparadas con las familias del niño sin maltrato infantil: tradicional (n=15) con un porcentaje de 27% y moderna (n=40) con un porcentaje de 73%. (vid infra tabla y gráfica 14)

Finalmente de acuerdo a la funcionalidad familiar por el Índice de MC Master la distribución fue la siguiente para las familias con niños del Síndrome del Niño Maltratado funcionales (n=0) con un porcentaje de 0%, moderadamente disfuncional (n=22) con un porcentaje de 40%, altamente disfuncional (n=33) con un porcentaje de 60%: Comparadas con las familias del niño sin maltrato infantil: funcionales (n=35) con un porcentaje de 64%, moderadamente disfuncional (n=17) con un porcentaje de 31% y altamente disfuncional (n=3) con un porcentaje del 5%. (vid infra tabla y gráfica 15).

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

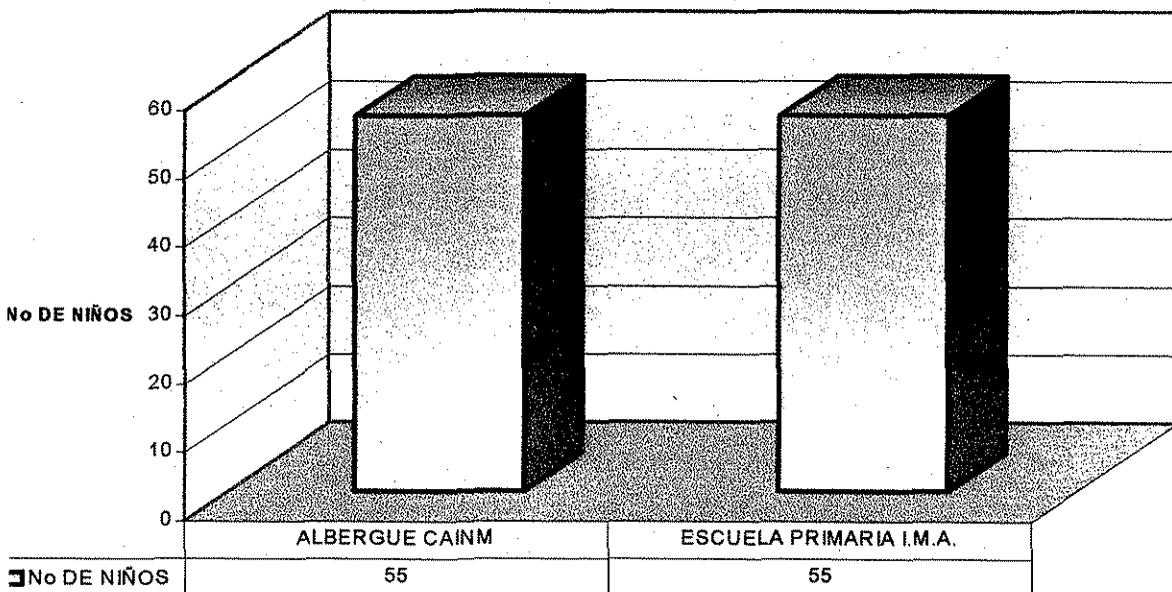
TABLA No 1

DISTRIBUCION PORCENTUAL DE NIÑOS CON SINDROME DE MALTRATO INFANTIL DEL ALBERGUE CAINM Y NIÑOS NO MALTRATADOS DE LA ESCUELA PRIMARIA IGNACIO MANUEL ALTAMIRANO CD. NEZA DEL 2000 AL 2001

NIÑOS	No DE NIÑOS	PORCENTAJE
SX MALTRATO INFANTIL DEL ALBERGUE CAINM	55	100 %
NO MALTRATADOS DE LA ESCUELA PRIMARIA I.M.A	55	100 %

GRAFICO No 1

NIÑOS CON MALTRATO Y SIN MALTRATO INFANTIL



FUENTE: ENCUESTA REALIZADA A NIÑOS DEL ALBERGUE CAINM Y NIÑOS DE LA ESCUELA PRIMARIA MANUEL ALTAMIRANO DE CD. NEZA

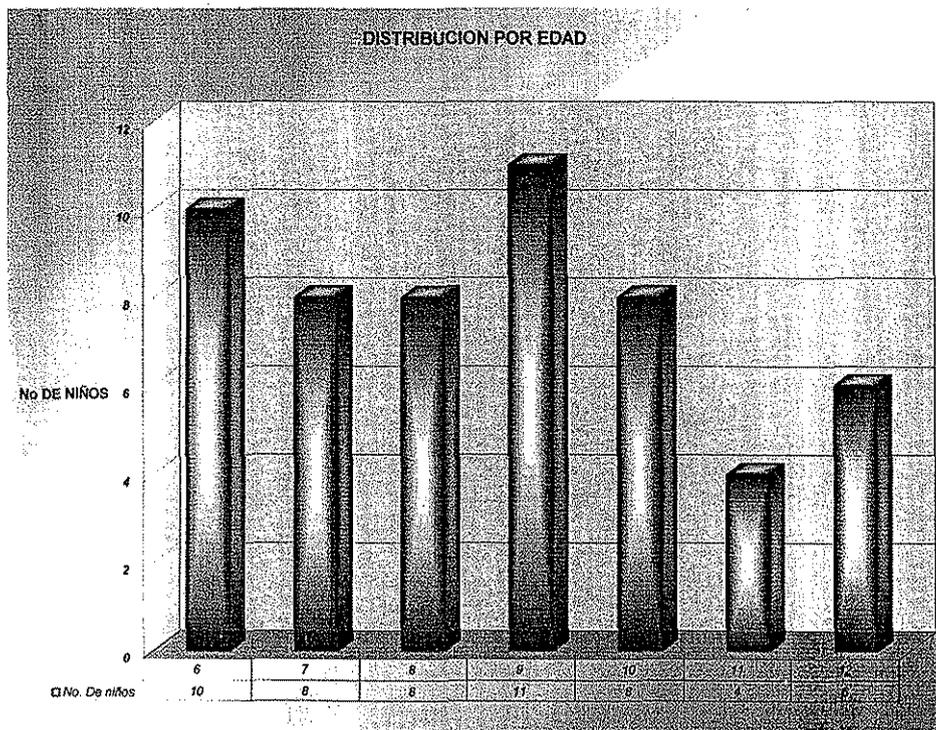
TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

TABLA No 2

NIÑOS CON SINDROME DEL MALTRATO INFANTIL DE ACUERDO A LA EDAD DEL ALBERGUE CAINM DE NEZA DEL 2000 AL 2001

EDAD	No. DE NIÑOS	PORCENTAJE
6	10	17
7	8	14
8	8	14
9	11	20
10	8	18
11	4	7
12	6	10
TOTAL	55	100%

GRAFICO No 2



FUENTE: ENCUESTA REALIZADA A NIÑOS CON MALTRATO INFANTIL DEL ALBERGUE CAINM DE NEZA

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

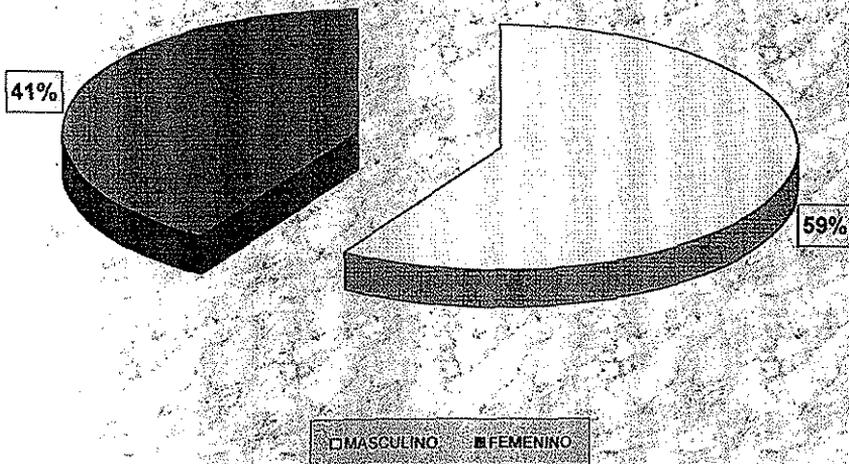
TABLA N°3

NIÑOS CON MALTRATO INFANTIL SEGÚN SEXO DEL ALBERGUE CAINM DE NEZA DEL 2000 AL 2001

SEXO	NUMERO DE NIÑOS	PORCENTAJE
MASCULINO	32	59
FEMENINO	25	41
TOTAL	63	100%

GRAFICO N°3

CLASIFICACION DEACUERDO AL SEXO



FUENTE : ENCUESTA REALIZADA A NIÑOS CON MALTRATO INFANTIL DEL EMBARGUE CAINM DE NEZA DEL 2000 AL 2001

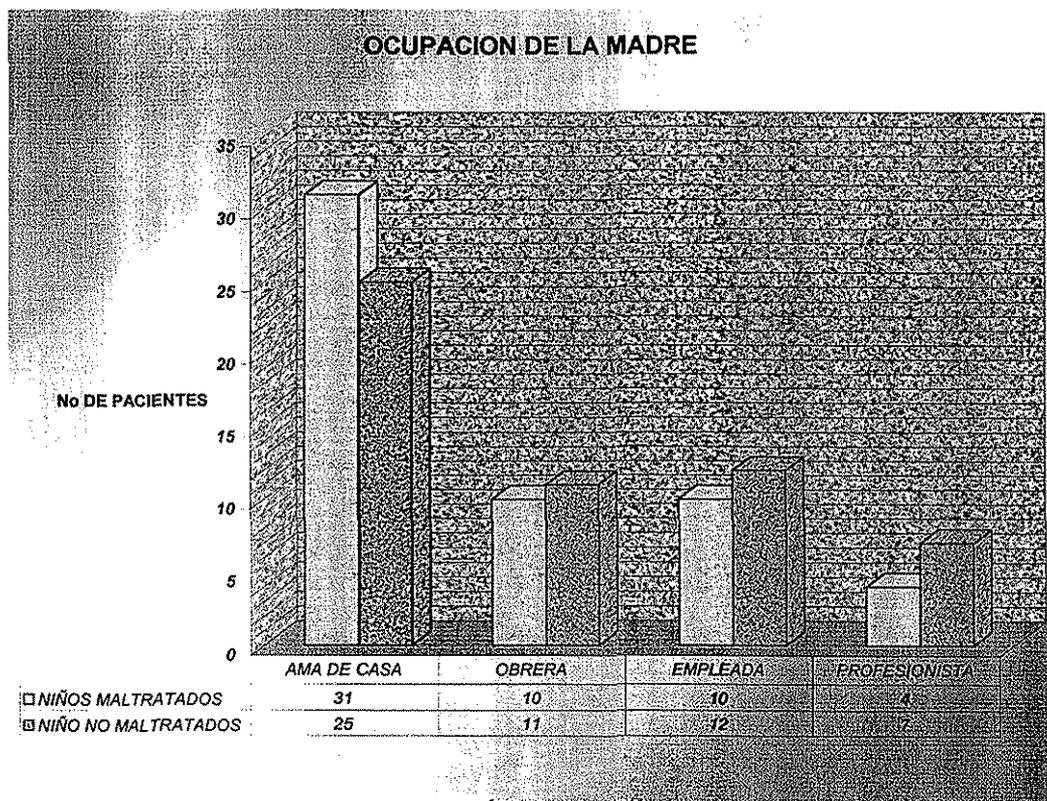
TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

TABLA No 4

OCUPACION DE LA MADRE EN NIÑOS CON MALTRATO INFANTIL DEL ALBERGUE CAINM Y NIÑOS NO MALTRATADOS DE LA ESCUELA PRIMARIA IGNACIO MANUEL ALTAMIRANO DE NEZA DEL 2000 AL 2001 .

OCUPACION	NIÑOS MALTRATADOS	PORCENTAJE	NIÑOS NO MALTRATADOS	PORCENTAJE
AMA DE CASA	31	57	25	46
OBRAERA	10	18	11	20
EMPLEADA	10	18	12	22
PROFESIONISTA	4	7	7	12
TOTAL	55	100%	55	100%

GRAFICO No 4



FUENTE : ENCUESTA REALIZADA A LAS MADRES DE NIÑOS CON MALTRATO IFANTIL Y NIÑOS NO MALTRATADOS DE NEZA DEL 2000 AL 2001

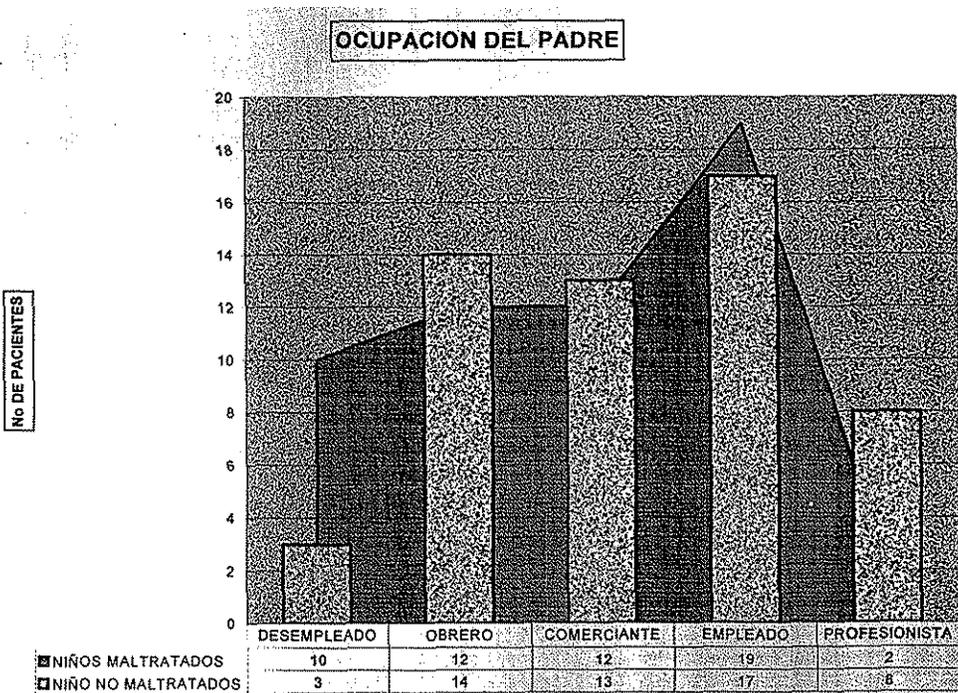
TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

TABLA No5

OCUPACION DEL PADRE EN NIÑOS CON MALTRATO INFANTIL DEL ALBERGUE CAINM Y NIÑOS NO MALTRATADOS DE LA ESCUELA PRIMARIA IGNACIO MANUEL ALTAMIRANO DE NEZA DEL 2000 AL 2001 .

OCUPACION	NIÑOS MALTRATADOS	PORCENTAJE	NIÑOS NO MALTRATADOS	PORCENTAJE
DESEMPLEADO	10	18.18	3	5.45
OBrero	12	21.81	14	25.45
COMERCIANTE	12	21.81	13	23.63
EMPLEADO	19	34.5	17	30.90
PROFESIONISTA	2	3.63	8	14.54
TOTAL	55	100%	55	100%

GRAFICO No 5



FUENTE : ENCUESTA REALIZADA A LOS PADRES DE NIÑOS CON MALTRATO INFANTIL Y NIÑOS NO MALTRATADOS DE NEZA DEL 2000 AL 2001

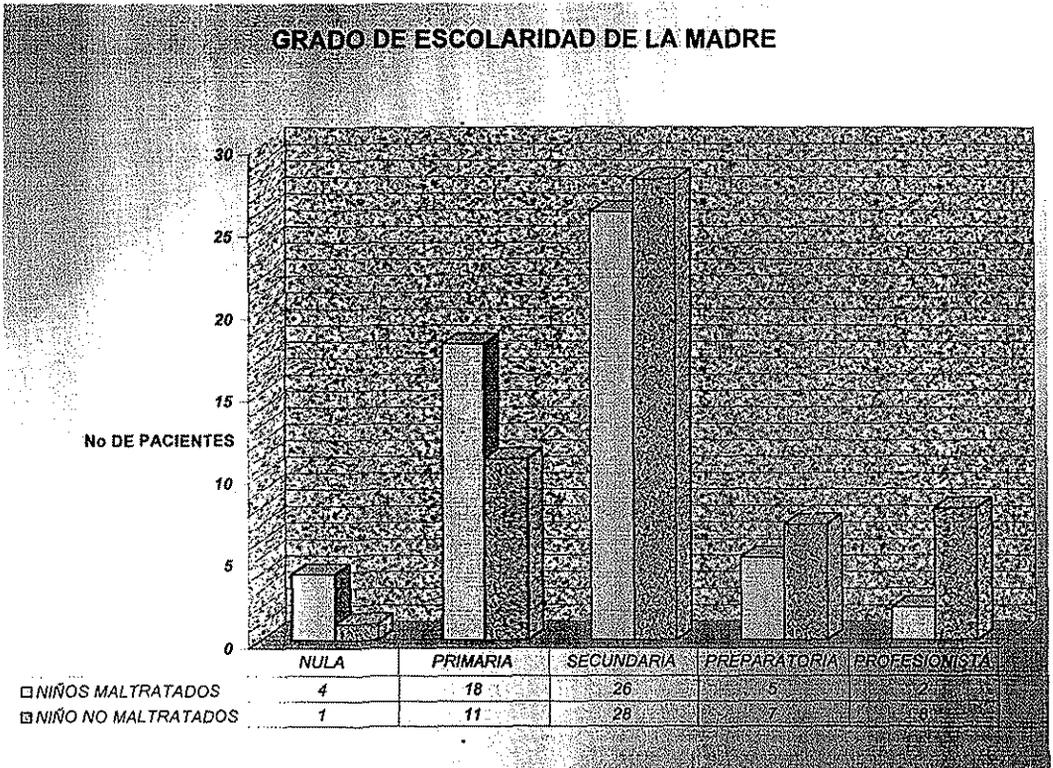
TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

TABLA No6

GRADO DE ESCOLARIDAD DE LA MADRE DEL NIÑO CON MALTRATO INFANTIL DEL ALBERGUE CAINM Y NIÑOS NO MALTRATADOS DE LA ESCUELA PRIMARIA IGNACIO MANUEL ALTAMIRANO DE NEZA DEL 2000 AL 2001 .

ESCOLARIDAD	NIÑOS MALTRATADOS	PORCENTAJE	NIÑOS NO MALTRATADOS	PORCENTAJE
NULA	4	7.27	1	1.81
PRIMARIA	18	32.72	11	20
SECUNDARIA	26	47.27	28	50.90
PREPARATORIA	5	9.09	7	12.72
PROFESIONISTA	2	3.63	8	14.54
TOTAL	55	100%	55	100%

GRAFICO No 6



FUENTE : ENCUESTA REALIZADA A LAS MADRES DE NIÑOS CON MALTRATO INFANTIL Y NIÑOS NO MALTRATADOS DE NEZA DEL 2000 AL 2001

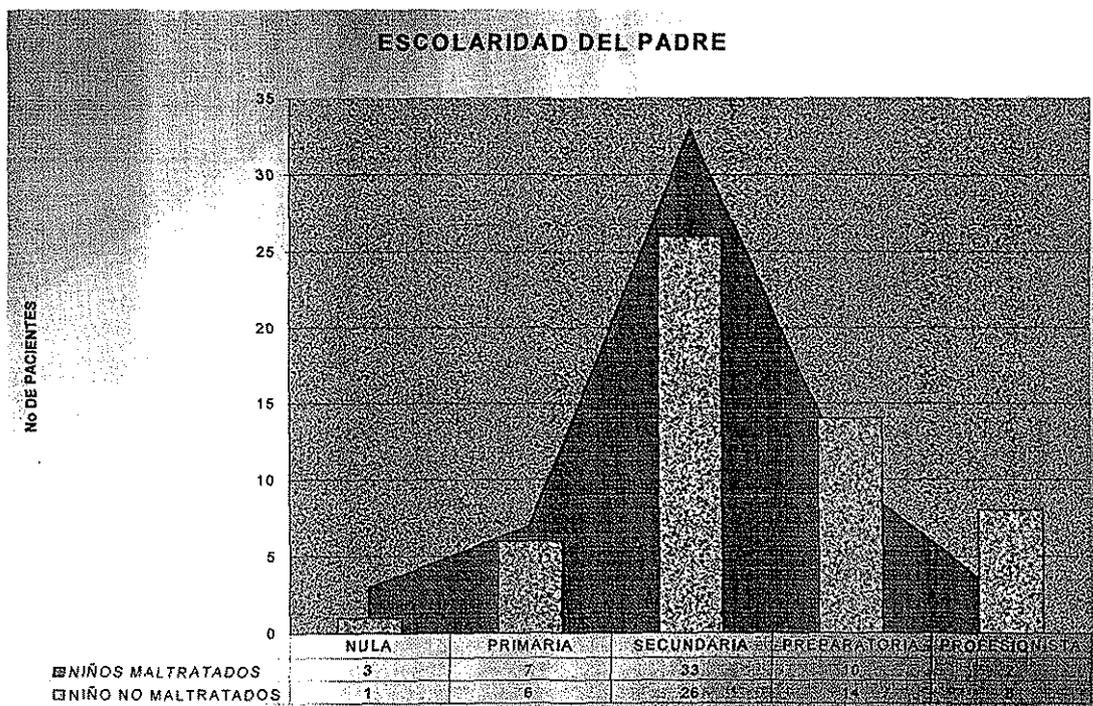
TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

TABLA No7

GRADO DE ESCOLARIDAD DEL PADRE DEL NIÑO CON MALTRATO INFANTIL DEL ALBERGUE CAJAMARCA Y NIÑOS NO MALTRATADOS DE LA ESCUELA PRIMARIA IGNACIO MANUEL ALTAMIRANO DE NEZA DEL 2000 AL 2001 .

ESCOLARIDAD	NIÑOS MALTRATADOS	PORCENTAJE	NIÑOS NO MALTRATADOS	PORCENTAJE
NULA	3	5.45	1	1.81
PRIMARIA	7	12.72	6	10.90
SECUNDARIA	33	60	26	47.27
PREPARATORIA	10	18.18	14	25.45
PROFESIONISTA	2	3.63	8	14.54
TOTAL	55	100%	55	100%

GRAFICO No 7



FUENTE : ENCUESTA REALIZADA A LOS PADRES DE NIÑOS CON MALTRATO INFANTIL Y NIÑOS NO MALTRATADOS DE NEZA DEL 2000 AL 2001

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

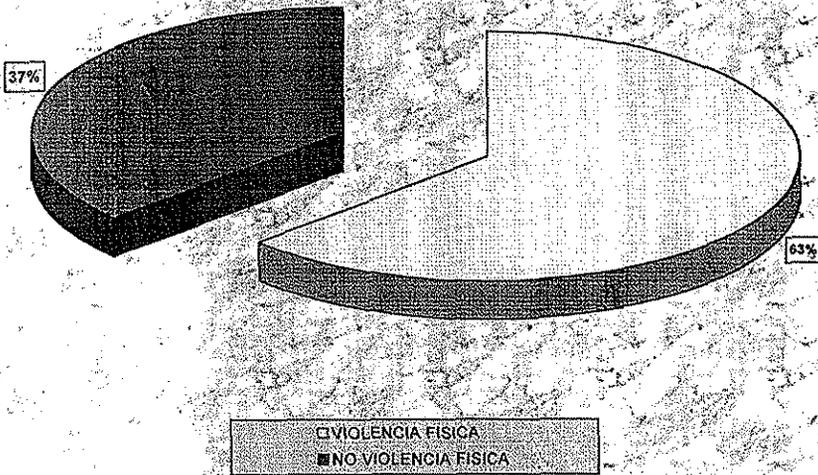
TABLA No 8

PORCENTAJE DE MADRES CON NIÑOS DE MALTRATO INFANTIL DEL ALBERGUE CAINM DE NEZA DEL 2000 AL 2001

RECIBIO VIOLENCIA FISICA LA MADRE	Nº DE PACIENTES	PORCENTAJE
SI	35	63
NO	20	37
TOTAL	55	100%

GRAFICO No 8

MADRES QUE PRESENTARON VIOLENCIA FISICA



FUENTE : ENCUESTA A MADRES CON NIÑOS DE MALTRATO INFANTIL DEL ALBERGUE CAINM DE NEZA DEL 2000 AL 2001

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

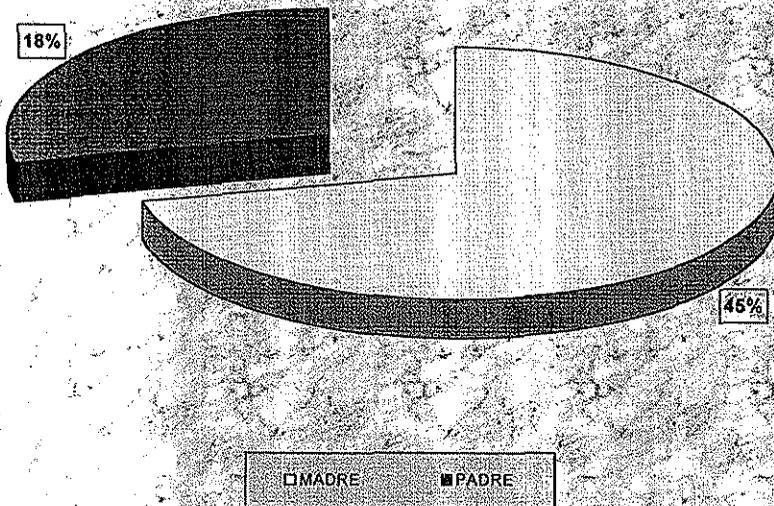
TABLA No 9

PORCENTAJE DE MADRES QUE PRESENTARON VIOLENCIA FISICA POR PARTE DE SUS PADRES DEL ALBERGUE CAINM DE NEZA DEL 2000 AL 2001

RECIBIO VIOLENCIA FISICA LA MADRE POR PARTE DE	Nº DE PACIENTES	PORCENTAJE
PADRE	10	18
MADRE	25	45
TOTAL	35	63%

GRAFICO No 9

VIOLENCIA EJERCIDA POR LOS PADRES



FUENTE : ENCUESTA A MADRES CON NIÑOS DE MALTRATO INFANTIL DEL ALBERGUE CAINM DE NEZA DEL 2000 AL 2001

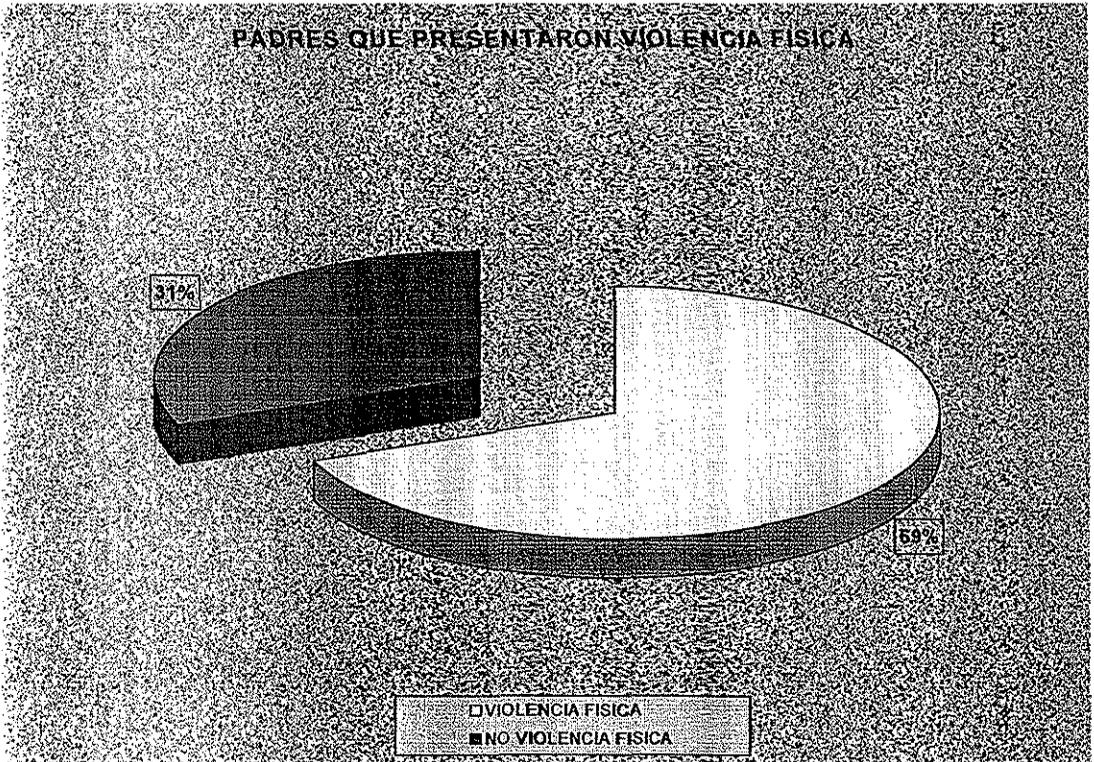
TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

TABLA No 10

PORCENTAJE DE PADRES CON NIÑOS DE MALTRATO INFANTIL DEL ALBERGUE CAINM DE NEZA DEL 2000 AL 2001

RECIBIO VIOLENCIA FISICA EL PADRE	Nº DE PACIENTES	PORCENTAJE
SI	38	69
NO	17	31
TOTAL	55	100%

GRAFICO No 10



FUENTE : ENCUESTA A PADRES CON NIÑOS DE MALTRATO INFANTIL DEL ALBERGUE CAINM DE NEZA DEL 2000 AL 2001

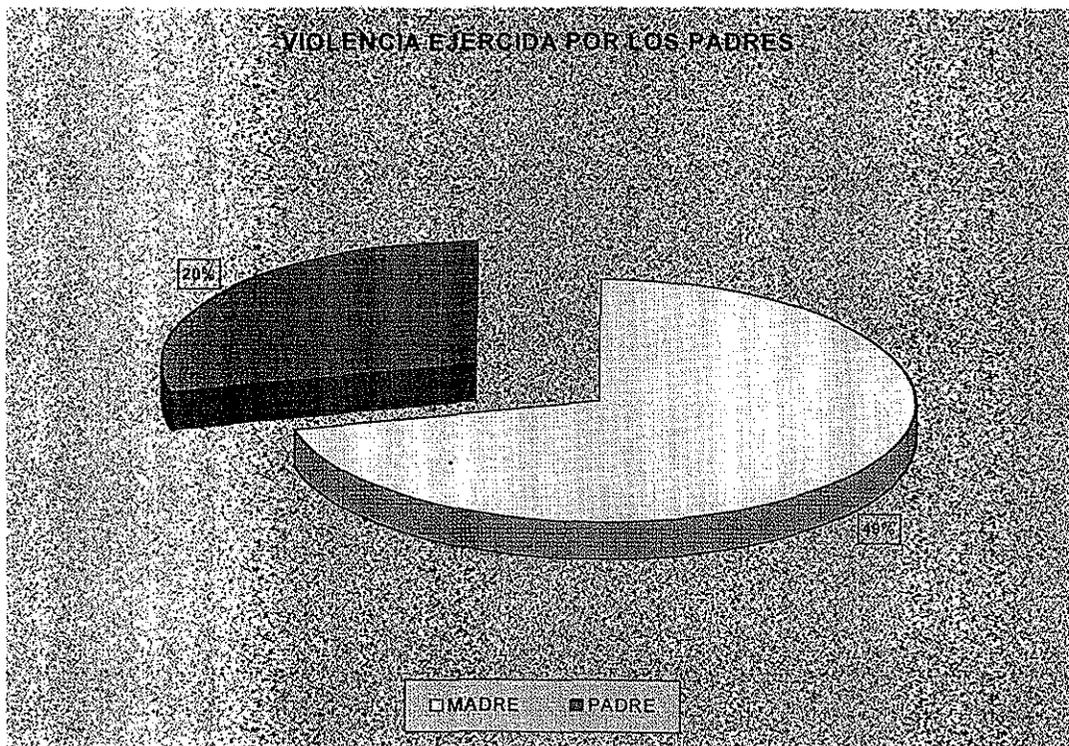
LEAS CON
FALLA DE ORIGEN

TABLA No 11

PORCENTAJE DE PADRES CON NIÑOS DE MALTRATO INFANTIL DEL ALBERGUE CAINM DE NEZA DEL 2000 AL 2001

RECIBIO VIOLENCIA FISICA EL PADRE POR PARTE DE	No DE PACIENTES	PORCENTAJE
PADRE	11	20
MADRE	27	49
TOTAL	38	69%

GRAFICO No 11



FUENTE : ENCUESTA A PADRES CON NIÑOS DE MALTRATO INFANTIL DEL ALBERGUE CAINM DE NEZA DEL 2000 AL 2001

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

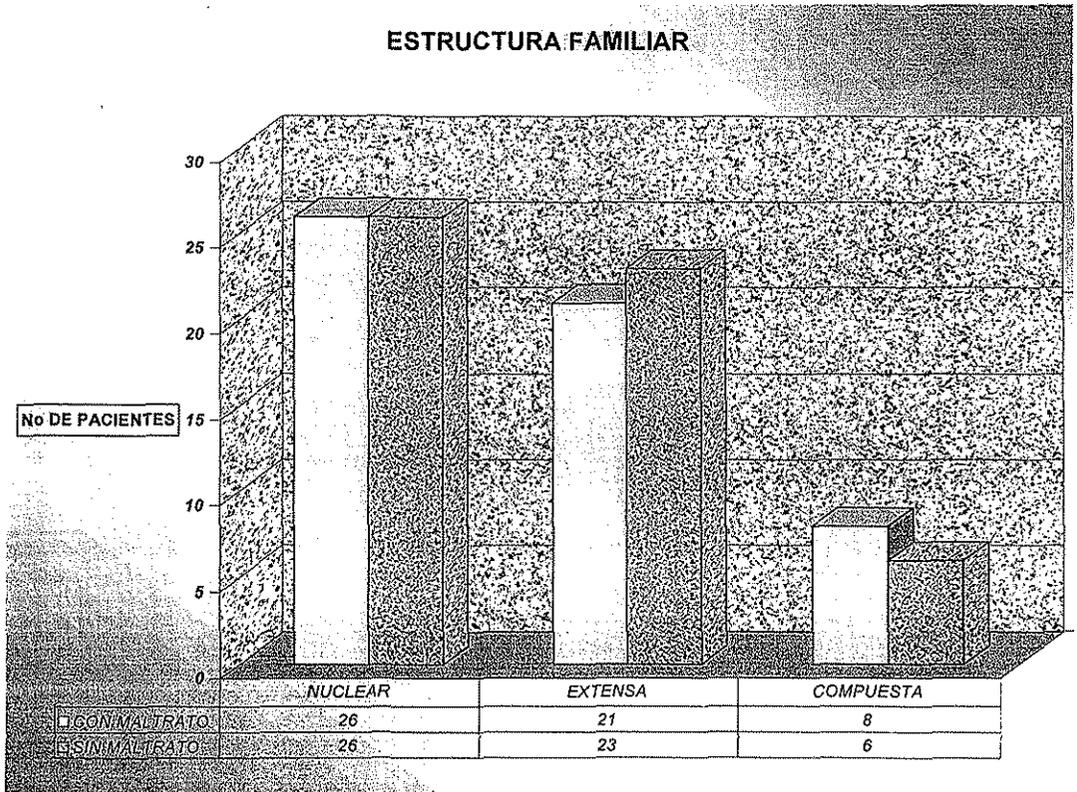
TABLA No 12

ESTRUCTURA FAMILIAR DE FAMILIAS CON NIÑOS DE MALTRATO INFANTIL Y SIN MALTRATO INFANTIL DE NEZA DEL 2000 AL 2001

FAMILIAS	SX DE MALTRATO INFANTIL		SIN MALTRATO INFANTIL	
	No	%	No	%
NUCLEAR	26	47	26	47
EXTENSA	21	38	23	43
COMPUESTA	8	15	6	10
TOTAL	55	100%	55	100%

GRAFICO No 12

ESTRUCTURA FAMILIAR



FUENTE :ENCUESTA REALIZADA A PADRES CON NIÑOS DE MALTRATO INFANTIL Y NO MALTRATADOS DE NEZA DEL 2000 AL 2001

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

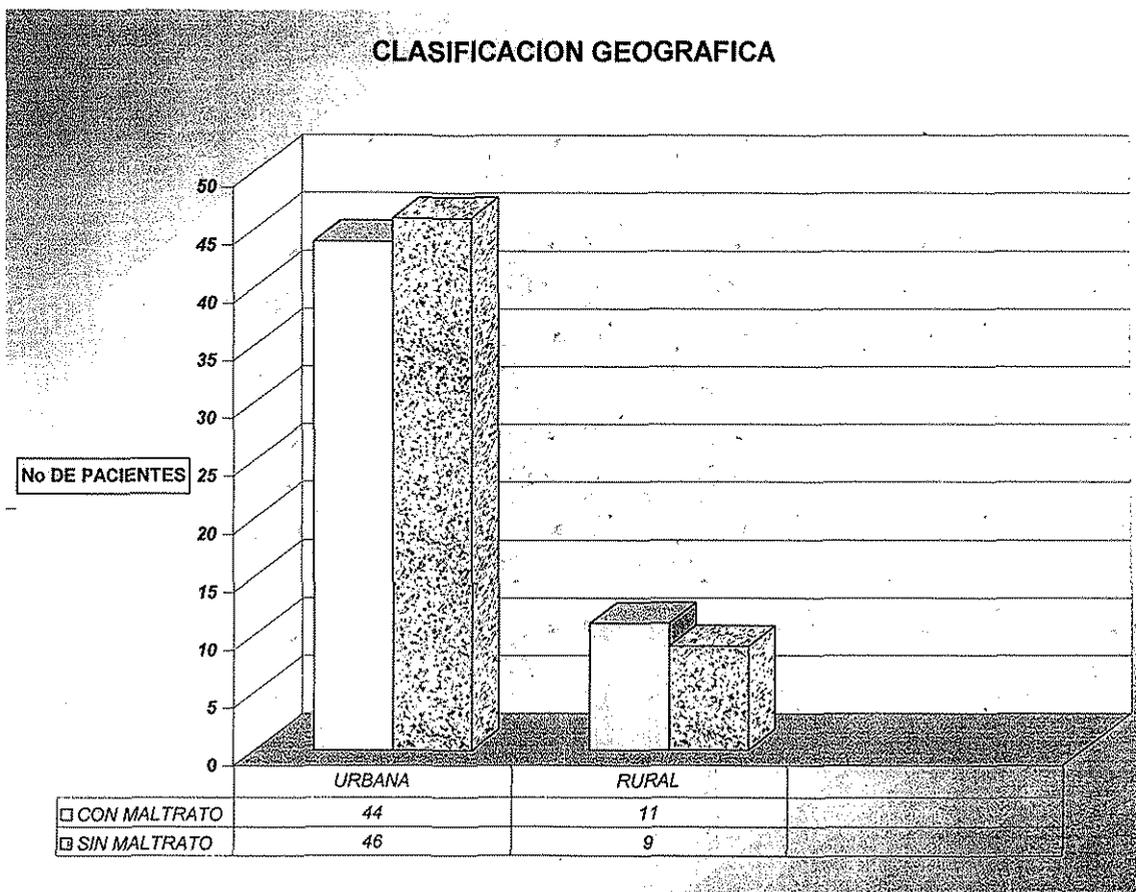
TABLA No13

AREA GEOGRAFICA DE FAMILIAS CON MALTRATO INFANTIL Y SIN MALTRATO INFANTIL EN NEZA DEL 2000 AL 2001.

FAMILIAS	SX MALTRATO INFANTIL		SIN MALTRATO INFANTIL	
	No	%	No	%
URBANA	44	80	46	83
RURAL	11	20	9	17
TOTAL	55	100%	55	100%

GRAFICO No 13

CLASIFICACION GEOGRAFICA



FUENTE :ENCUESTA REALIZADA A PADRES CON NIÑOS DE MALTRATO INFANTIL Y NO MALTRATADOS DE NEZA DEL 2000 AL 2001

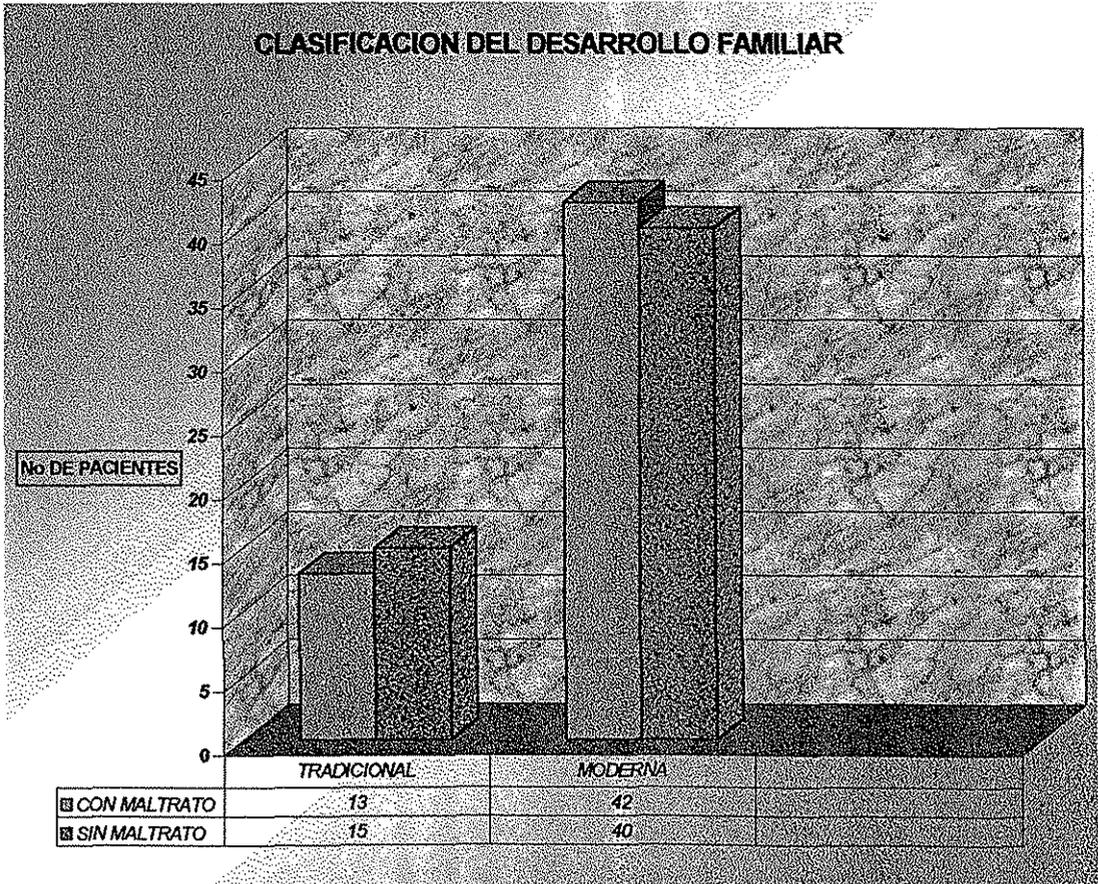
TESIS CON FALLA DE ORIGEN

TABLA No 14

DESARROLLO FAMILIAR EN FAMILIAS CON NIÑOS DE MALTRATO INFANTIL DEL ALBERGUE CAINM Y NIÑOS NO MALTRATADOS DE LA ESCUELA PRIMARIA IGNACIO MANUEL ALTAMIRANO DE NEZA DEL 2000 AL 2001.

FAMILIAS	SI DE MAL TRATO INFANTIL		SIN MAL TRATO INFANTIL	
	No	%	No	%
TRADICIONAL	13	23	15	27
MODERNA	42	77	40	73
TOTAL	55	100%	55	100%

GRAFICO No 14



FUENTE :ENCUESTA REALIZADA A PADRES CON NIÑOS DE MALTRATO INFANTIL Y NO MALTRATADOS DE NEZA DEL 2000 AL 2001

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

TABLA No 15

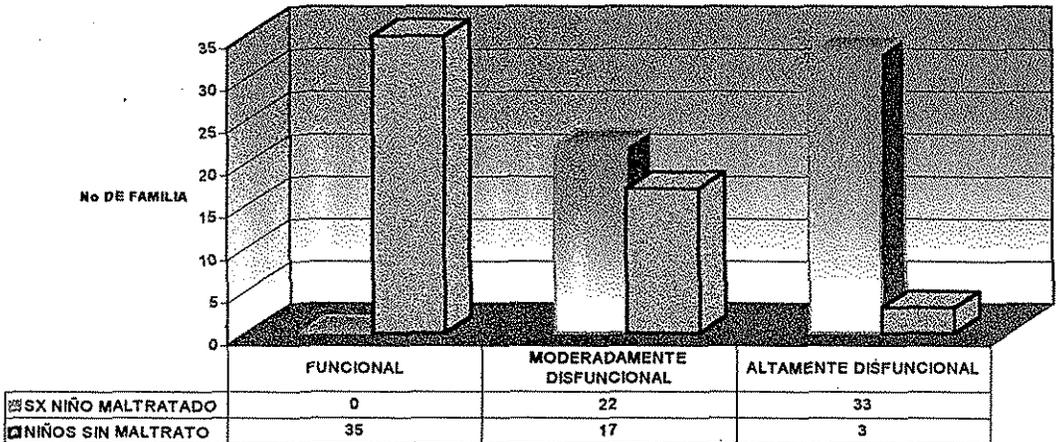
FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN NIÑOS CON MALTRATO INFANTIL DEL ALBERGUE CAINM Y NIÑOS NO MALTRATADOS DE LA ESCUELA PRIMARIA IGNACIO MANUEL ALTAMIRANO CD. NEZA DEL 2000 AL 2001.

GRADO DE FUNCIONALIDAD FAMILIAR	FUNCIONAL		MODERADAMENTE DISFUNCIONAL		ALTAMENTE DISFUNCIONAL	
	No	%	No	%	No	%
SINDROME DEL NIÑO MALTRATADO	0	0	22	40	33	60
NIÑOS NO MALTRATADOS	35	64	17	31	3	5

TEST DE FUNCIONALIDAD FAMILIAR (MC MASTER)

GRAFICO No 15

GRADOS DE FUNCIONALIDAD



FUENTE: ENCUESTA DE FUNCIONALIDAD FAMILIAR PRUEBA DE MC MASTER

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

ANALISIS E INTERPRETACION DE RESULTADOS

El maltrato infantil es un problema escondido en muchos países, debido a que no se cuenta con datos y a que el tema está cargado de vergüenza y negación por lo que es importante el análisis de la presente investigación en donde se estudiaron a 110 familias; 55 familias con niños con diagnóstico de síndrome del niño maltratado del Albergue del Centro de Atención Integral al Niño Maltratado "CAINM" y 55 familias con niños no maltratados de la Escuela Primaria Ignacio Manuel Altamirano, ambos grupos con una edad comprendida de 6 a 12 años. (vid supra tabla y gráfica 1).(1,2)

Con respecto a la edad se observó que predomina el grupo más afectado al síndrome del niño maltratado es el de los 9 años con un 20 % (n=11) siguiendo el de 6 años con un 18 % (n=10) y el menor de 11 años con un porcentaje de 7 % (n=4), obteniéndose un promedio aritmético de 8.5 años, una mediana de 9.5 años y una moda de 9 años. Los resultados obtenidos en esta investigación en relación a la edad son similares a los reportados en la literatura nacional.(vid supra tabla y gráfico No 2).(2,3)

En lo que respecta al sexo encontramos que el mayor porcentaje de maltrato infantil fue en el sexo masculino con el 59 % (n=32), sobre el femenino con un 41 % (n=23), estos resultados concluyen que los niños que presentan mayor violencia intrafamiliar es el sexo masculino, considerando como posibles factores predisponentes que los varones son más hiperactivos, existiendo concordancia con los resultados reportados en la literatura. (vid supra tabla y gráfico No 3).(2,4,5)

Con respecto al rubro de ocupación de la madre del niño con maltrato infantil se encontró que la mayoría se dedicaba al hogar con un porcentaje del 57 % (n=31) comparadas con las madres de los niños no maltratados con un 45 % (n=25), obteniéndose una Chi 2 de 1.3 una P < de .05 con Grados de libertad de 3 concluyendo que son estadísticamente no significativas, traduciendo que esta relación pueden ser finalmente explicadas por el azar.(vid supra tabla y gráfico No4) (2,5,6,7)

En lo que se refiere a la ocupación del padre en el niño maltratado se encontró que la mayoría son empleados en 34 % (n=19) comparadas con los no maltratados con un 30 % (n=17) obteniéndose una Chi 2 11.4 P >.05 con Grados de libertad 4, siendo significativa es decir existe relación entre estas 2 variables.(vid supra tabla y gráfico No 5).(5,6,7,8)



Referente a la escolaridad se observo que el mayor porcentaje de familias en el niño maltratado curso con nivel secundaria con un 47 % (n=26) en el sexo femenino, comparadas con los niños sanos con un 50 % (n=28) con una Chi 2 de 5.92 P= < .05 con Grados de libertad 4, pudiendo concluir con ello que este valor es estadísticamente no significativo, por lo tanto las diferencias observadas son finalmente explicadas al azar y no hay necesidad de recurrir a ninguna otra razón para explicarlas. (vid supra tabla y gráfico No6).(8,9,10)

En lo que respecta a la escolaridad del padre en el niño con maltrato infantil se observo que el porcentaje mayor curso el nivel secundaria con un 60 % (n=33), comparadas con los niños sanos con un 47 % (n=26) obteniendo una Chi 2 de 6.34 P < .05 con Grados de libertad 4, concluyendo que las diferencias entre estas dos variables son no significativas y son explicadas por el azar. (vid supra tabla y gráfico No 7). (9,10,11)

Otro punto que se analizo es referente a la violencia fisica que presentaron los padres de los niños con síndrome de maltrato infantil por parte de sus progenitores en donde se observo que el mayor porcentaje afirmaron que fueron maltratados en un 63 % (n=35) en el sexo femenino quien fue agredida por su madre en un 45 % (n=25) y por parte del padre en un 18 % (n=10), de acuerdo al sexo masculino fue agregado por su padre en un 20 % (n=11) y por su madre en un 49 % (n=27) los siguientes resultados encontrados demuestran que el sexo femenino ejerce mas la violencia intrafamiliar correlacionando estos resultados con los reportes en la literatura. (vid supra tabla y gráfico 8,9 10,11).(10,11,12)

De acuerdo a la tipología familiar según su estructura en el niño maltratado y en los no maltratados fue nuclear con un 47 % (n=26), siguiendo la extensa con 38 % (n=21) obteniendo una Chi 2 de 0.37 con P < .05 con Grados de libertad 2 concluyendo que la relación entre estas dos variables son finalmente explicadas por el azar y no hay necesidad de recurrir a ninguna otra razón para explicarlas. (vid supra tabla y gráfico No 12). (17,21,26)

De acuerdo a su área geográfica para las familias con maltrato infantil fue urbana en un 80 % (n=44) comparadas con los niños sanos con el 83 % (n=46) obteniendo una Chi 2 de 0.24 con una P < .05 Grados de libertad de 1 concluyendo son no significativas, traduciendo que esta relación puede ser finalmente explicada por el azar (vid supra tabla y gráfico No 13). (17,21,26,25)

De acuerdo a su desarrollo para ambas familias fue moderna con un 77 % (n=42) para el niño con maltrato infantil y los niños no maltratados con 73 % (n=40) obteniendo una Chi 2 de 0.54 una P < de .05 Grados de libertad 1, no siendo estadísticamente significativo, lo cual indica que la asociación esta dada por el azar. (vid supra tabla y gráfico No 14).(26,27,28)

Finalmente al total de las familias se les aplico el test de funcionalidad familiar de MC Master, donde pudimos observar que las familias con niños maltratados se encontraron familias funcionales en un 0 % (n=0), moderadamente disfuncional un 40 % (n=22) y altamente disfuncional en un 60 % (n=33). En comparación con las familias con niños no maltratados, en los que se encontraron familias funcionales en un 64 % (n=35); moderadamente disfuncional en un 31 % (n=17) y altamente disfuncional en un 5 % (n=3). Obteniéndose una Chi 2 de 25.2 y una P.> .05, Grados de libertad 2, estos resultados nos indican que existe una diferencia significativa entre ambos grupos en cuanto a su funcionalidad familiar, aunque era de esperarse que en las familias con niños maltratados presentarán mayor disfunción que en las familias con niños sanos (vid supra tabla y gráfico No 15) (25,26,27,28,)

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

CONCLUSIONES

El maltrato a los niños es un fenómeno universal que no tiene límites culturales, ni sociales, ideológicos ni geográficos, no existe país ni comunidad que escape de él y se presenta tanto en países industrializados como en aquellos en vías de desarrollo. Es importante señalar que forma parte de un problema de salud pública, que puede ser prevenible.

De acuerdo a los objetivos planteados en esta investigación, encontramos en cuanto al rango de edad y el sexo más afectado en el síndrome del niño maltratado se encontró fue el de los 9 años y en el género masculino siendo estos reportes acorde a la literatura nacional.

No se observó asociación estadística entre la ocupación de los padres en el niño maltratado y los no maltratados.

No se observó asociación estadística en el ámbito escolar de los padres en el niño con maltrato infantil y los niños no maltratados.

Se observó un porcentaje mayor de violencia intrafamiliar en los progenitores de los niños con síndrome de maltrato infantil; siendo el agresor la madre.

En referencia a la clasificación de las familias se observó que ambas familias de niños maltratados y los no maltratados pertenecían a familias nucleares, con un desarrollo moderno y urbano.

En cuanto al grado de funcionalidad familiar. Se observó que dentro de las familias con niños maltratados hay mayor disfuncionalidad que entre los no maltratados, de acuerdo al índice de MC Master, hallando una diferencia estadísticamente significativa.



COMENTARIO

La agresión física al niño siempre ha existido, sin embargo en 1960 un grupo de médicos llamo la atención sobre una serie de manifestaciones clínicas y radiológicas, que con el tiempo permitieron integrar al "Síndrome del Niño Maltratado".

Es importante asegurarse de anotar cuidadosamente los hallazgos obtenidos, pero tengamos en cuenta que deben estar basados en la valoración física y en datos objetivos, no en nuestras opiniones o sospechas y no olvidemos de hacer constar cualquier lesión, o herida ya cicatrizada, describiendo por supuesto el comportamiento del niño durante el examen físico, así como las conversaciones que hayamos mantenido con la familia o amigos, anotando cuando merezca frases literales a ser posibles.

El Síndrome del Niño Maltratado es una entidad causada por una disfuncionalidad familiar que hace al niño en la época de su vida cuando se encuentra mas indefenso, aprovechándose de su capacidad para canalizar hacia él una agresión largamente reprimida

Sin embargo, Al abordar el maltrato infantil se presentan diversos problemas: desconocimiento de la verdadera proporción de dicha problemática; raíces culturales e históricas profundas; diversas opiniones en cuanto su definición y clasificación.

En el presente estudio realizado a familias con niños maltratados en Ciudad Nezahualcoyotl, representa un elemento importante para confirmar lo referido; mencionando que las alteraciones dentro de la funcionalidad y su estructura son condiciones directas para la presentación de mayor incidencia de violencia intrafamiliar.

En conclusión, no dejaremos de insistir que el problema de maltrato a los niños requiere la dinámica participación del médico familiar quien tiene el compromiso de asistir un manejo integral a la familia. Así mismo este accionar conjunto a su vez demanda el establecimiento de grupos de apoyo especializados con el objeto de definir los pasos a seguir en la atención médica, psiquiátrica, social y jurídica del menor, del agresor y de su familia entera.



Sin embargo, una de las acciones más importantes más en este momento será de trabajar en la prevención de nuevos ataques al niño que ya ha sido maltratado y en los menores que constituyen el grupo de alto riesgo por sus características físicas, familiares o por el medio social donde se desenvuelve.

Finalmente, el médico familiar debe estar preparado para el manejo integral de los niños con malos tratos para que cuando lleguen a la edad adulta y sean madres o padres de familia, no tengan un comportamiento similar al que han sufrido con sus hijos, solo que ahora ellos serán los agresores.

“Lo malo no es la acción, mucho menos el porqué, el daño ocurre justamente cuando se hacen las cosas sin dominarnos, sin pensar y sin estar claros, dejándonos llevar por el deseo y la agresión.”

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

RESUMEN

El síndrome del niño maltratado es un padecimiento que actualmente esta cobrando mayor importancia debido al incremento de violencia en nuestra sociedad. Por lo que el presente estudio de tipo descriptivo, prospectivo, comparativo y transversal, realizado en el Albergue del Centro de Atención integral al Niño Maltratado (CAINM) y en la Escuela Primaria "Ignacio Manuel Altamirano, del periodo comprendido de enero a octubre del año 2001, ubicados en CD Nezahualcoyotl; con el objetivo de identificar la funcionalidad familiar de los niños maltratados y los niños no maltratados.

Se realizaron encuestas para la valoración de la funcionalidad familiar a través de un instrumento que tiene como finalidad abordar al grupo familia como unidad de estudio, consta de cuatro variables: estructura familiar, funciones de la familia, comunicación y roles familiares; así como la aplicación de una cédula de identificación para obtener la edad, sexo, escolaridad, ocupación tipología y estructura familiar. La calificación de la prueba para determinar la funcionalidad familiar fue de: 51-70 funcional, 71-140 moderadamente disfuncional y más de 141 altamente disfuncional.

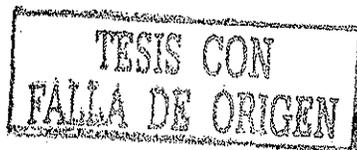
La prueba estadística utilizada fue la de comparación de grupos X² en donde todos aquellos resultados con un valor de $p < 0.05$ se consideraron significativos.

Los resultados mostraron que el grupo de edad predominante en el maltrato infantil fue el de 9 años con un 20% siguiendo el de los 6 años con un 18%.

La distribución de acuerdo al sexo obtenida fue 59% (n=32) correspondiente al sexo masculino y del 41% (n=23) al sexo femenino en nuestra población de niños con maltrato infantil.

Referente a la ocupación y el grado de escolaridad para ambas familias con niños maltratados y los no maltratados no se encontró diferencia estadísticamente significativa.

Dentro de la estructura familiar en los casos de violencia infantil el grupo de familias nucleares con un desarrollo moderno y urbano fue similar a los niños no maltratados con un porcentaje del 47% (n=20) sobre la compuesta con un 38% (N=21)



De acuerdo a su área geográfica fue urbana con el 83% (n=46) y moderna en un 77% (n=42), para las familias con niños maltratados siendo estadísticamente no significativa comparadas con las familias con niños sin maltrato infantil

Además se observó mayor porcentaje de violencia intrafamiliar en los padres de los niños maltratados por parte de sus progenitores.

De este estudio se concluye que el grado de funcionalidad familiar en las familias con niños maltratados se encontraron altamente disfuncionales en un 60% (n=33) en comparación con los niños no maltratados donde se reportó un 64% (n=35) de familias funcionales; un 31% (n=17) moderadamente disfuncional; y un 5% (n=3) altamente disfuncional; al realizar la prueba de Chi 2, se encontró diferencia estadísticamente significativa en ambas variables.

Los datos descritos concuerdan con lo reportado por otros autores, la fuerte asociación existente entre disfunción familiar y la violencia intrafamiliar

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

BIBLIOGRAFIA.

- 1.- Santana-Tavira, Sanchez-Ahedo, Herrera-Basto. El maltrato infantil: un problema mundial. Salud Pub Mex 98;40:58-64.
- 2.- Loredó-Abdala, Trejo-Hernández, Bustos-Valenzuela. El fenómeno de maltrato a los niños: aspectos sociales y clínicos del síndrome. Bol Med Hosp Infant Mex 98;55:410-414.
- 3.- Romeo Rodríguez. Urgencias de pediatría. Mac Graw Hill 4°. Edición 95. 804-810.
- 4.-Maltrato infantil. <http://www.rionet.com.ar/maltratoinfantil/dimension.htm>.
- 5.- Cobo Medina. Malos tratos en la infancia. Edición Díaz Santos. L049-1052.
- 6.- Arráez-Harrington. Maltrato infantil: Génesis y factores psicosociales relacionados. <http://www.webmediaven.com/asocipla/noticias6.html>.
- 7.- Loredó-Abdala, Bustos-Valenzuela. Maltrato al menor: una urgencia médica y social que requiere atención multidisciplinaria. Bol Hosp Infant Mex 99;56:129-133.
- 8.- Soriano-Faura. Prevención y detección del maltrato infantil <http://www.medney.com/usuarios/previnfad/maltrato.htm>
- 9.-Castro-Pacheco.Síndrome del niño maltratado.<http://www.facmed.unam.mx/publica/gaceta/sep/2525/niño.html>.
- 10.- Loredó-Abdala, Trejo-hernandez. Maltrato al menor. Consideraciones clínicas sobre maltrato físico, agresión sexual y privación emocional. Gac Med Mex; 135; 99:611-619.
- 11.- Herera-Basto. Indicadores para la detección de maltrato en niños. Sal Pub Mex 41;99:420-422.
- 12.- Verdú-Elías. Malos tratos en la infancia. <http://www.a14.san.gva.es/hos/enfer/malos.html>.

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

- 13.- Martínez-Martínez, Reyes-Rodríguez. Maltrato infantil: un problema inquietante Bol Med Hosp Infant Mex 93;50:557-562-
- 14.- Maltrato infantil.
<http://www.patagonia.com.ar/salud/maltrato/maltrato/infant5.asp>.
- 15.- López –García, Lopez-martín. Maltrato infantil.
<http://www.um.es/facpsi/maltrato>
- 16.- Morales-Merlo . Síndrome del niño maltratado. Rev Mex Med Fam 96;7:129-141.
- 17.-Fajardo-Arias. Situaciones traumáticas en el desarrollo emocional del niño Fil;14:95: 5-9.
- 18.- Ulate-Mora, Madrigal-Telline. Maltrato a menores en una comunidad Costarricense. Bol Med Hosp Infant Mex 95;48:355-359.
- 19.- Maltrato infantil : una mirada diferente.
<http://members.es.tripod.de/psicologiacercana/maltratoinfantil.htm>
- 20.- Gomez-Clavelina. Selección de instrumentos. Arch Med Fam 99;45:45-47
- 21.-Loredo-Abdala, Carbajal-Rodríguez. El maltrato del niño: algunas consideraciones éticas sobre su atención. Bol Med Hop Mex 50;95:898-900.
- 22.- Nelson. Malos tratatos físicos. Tra de Ped 98;44:83-85.
- 23.- Maltrato infantil <http://www.difgob.mx/malinf.htm>
- 24.- Maltrato infantil <http://sllaq.prw.net/abusos/>
- 25.- Ponce-Rosas. Irigoyen-Coria. Selección y análisis de instrumentos para la evaluación de la estructura y la funcionalidad familiar. Arch Med Fam 99;1:45-47.
- 26.- La familia unidad de análisis,
<http://www.geocities.com/hiponiquico/Family.html>
- 27.- María L. Julián S. Manejo del enfermo crónico y su familia Editorial Manual moderno Edición: lera 2000: 1-20.

28.- Ian R. Mcwhinney Medicina de familia. Mosby/Doyma libros 1996.

29°.Rappley M, Speare k. Evaluación inicial y técnicas para la entrevista en el abuso sexual de niños. Clínicas de Atención Primaria. 1995:387-405

30°. Galván –González Memorias de actividades administración. DIF. L997-2000: 15-18.

31°.Lara M.A, García T.Characterísticas psicológicas de niños y niñas: percepción de sí mismo y de sus familias. Bol Med Hosp Infant Méx. 1995;52(11):634-641.

ANEXOS

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

ANEXO 1

CEDULA BASICA DE IDENTIFICACION FAMILIAR

FECHA: _____

NOMBRE DE LA FAMILIA _____

OCUPACION DE LA MADRE : AMA DE CASA () OBRERA ()
 EMPLEADA () PROFESIONISTA ()

OCUPACION DEL PADRE: OBRERO () PROFESIONISTA ()
 COMERCIANTE () EMPLEADO ()
 NO TIENE EMPLEO ()

ESCOLARIDAD DE LA MADRE: PRIMARIA () SECUNDARIA ()
 PREPARATORIA () PROFESIONISTA ()
 NULA ()

ESCOLARIDAD DEL PADRE PRIMARIA () SECUNDARIA ()
 PREPARATORIA () PROFESIONISTA ()
 NULA ()

DURANTE LA INFANCIA USTED RECIBIO GOLPES POR PARTE DE SUS PADRES
SI () NO ()

POR PARTE DE QUIEN: MADRE () PADRE ()

TIPO DE FAMILIA:
DESARROLLO FAMILIAR:
MODERNA () TRADICIONAL () ARCAICA ()

DEMOGRAFIA:
RURAL () URBANA ()

ESTRUCTURA:
NUCLEAR () COMPUESTA () EXTENSA ()

NOMBRE DEL NIÑO _____

EDAD _____ SEXO _____

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

**CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPAR EN
PROYECTOS DE INVESTIGACION CLINICA**

MEXICO D.F. _____ DE _____ 2001-

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

POR MEDIO DE LA PRESENTE ACEPTO PARTICIPAR EN EL PROYECTO DE INVESTIGACION TITULADO FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN EL SINDROME DEL NIÑO MALTRATADO EN EL ALBERGUE DEL CENTRO DE ATENCION INTEGRAL AL NIÑO MALTRATADO COMPARADOS CON NIÑOS SANOS DE LA ESCUELA PRIMARIA IGNACIO MANUEL ALTAMIRANO.

REGISTRADO ANTE EL COMITÉ LOCAL DE INVESTIGACION MEDICA CON EL NUMERO _____ EL OBJETIVO DE ESTE ESTUDIO ES DEMOSTRAR QUE EXISTE DIFERENCIAS SIGNIFICATIVAS EN LAS FAMILIAS CON NIÑOS MALTRATADOS EN CUANTO A SU FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN COMPARACION CON LAS FAMILIAS CON HIJOS APARENTEMENTE SANOS.

SE ME HA EXPLICADO QUE MI PARTICIPACION CONSISTIRA EN CONTESTAR CUESTIONARIO DE OPCION MULTIPLE.

DECLARO QUE SE ME HA INFORMADO AMPLIAMENTE SOBRE LOS POSIBLES RIESGOS, INCONVENIENTES, MOLESTIAS Y BENEFICIOS DERIVADOS DE MI PARTICIPACION EN EL ESTUDIO.

EL INVESTIGADOR PRINCIPAL SE HA COMPROMETIDO A DARME INFORMACION OPORTUNA SOBRE CUALQUIER PROCEDIMIENTO ADECUADO QUE PUDIERA SER VENTAJOSO PARA MI TRATAMIENTO, ASI COMO A RESPONDER CUALQUIER PREGUNTA Y ACLARAR CUALQUIER DUDA QUE LE PLANTEE ACERCA DE LOS PROCEDIMIENTOS QUE SE LLEVARON A CABO, LOS RIESGOS, BENEFICIOS O CUALQUIER OTRO ASUNTO RELACIONADO CON LA INVESTIGACION O CON MI TRATAMIENTO.

ENTIENDO QUE CONSERVO EL DERECHO DE RETIRARME DEL ESTUDIO EN CUALQUIER MOMENTO EN QUE LO CONSIDERE CONVENIENTE.

EL INVESTIGADOR PRINCIPAL ME HA DADO SEGURIDADES DE QUE NO SE ME IDENTIFICARA EN LAS PRESTACIONES O PUBLICACIONES QUE DERIVEN EN ESTE ESTUDIO Y DE QUE LOS DATOS RELACIONADOS CON MI PRIVACIDAD SERAN MANEJADOS EN FORMA CONFIDENCIAL, TAMBIEN SE ME HA COMPROMETIDO A PROPORCIONARME LA INFORMACION ACTUALIZADA QUE SE OBTENGA DURANTE EL ESTUDIO, AUNQUE ESTE PUDIERA HACERME CAMBIAR DE PARACER RESPECTO A MI PERMANENCIA EN EL MISMO

NOMBRE Y FIRMA DEL PACIENTE

NOMBRE DEL INVESTIGADOR

44

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**



SISTEMA MUNICIPAL INTEGRAL
NEZAHUALCOYOTL, 2000 - 2003



CLINICA DE ATENCION INTEGRAL DEL NIÑO MALTRATADO
DR. ARTURO LOREDO ABDALA

SUFRIO DE AMENAZA DE ABORTO SI _____ NO _____ ¿ POR QUE ? _____

¿ TOMO MEDICAMENTOS DURANTE SU EMBARAZO? SI _____ NO _____

¿ CUALES ? _____

TUVO PROBLEMAS CON SU ESPOSO A CAUSA DEL EMBARAZO? SI _____

NO _____ ¿ LA GOLPEO? SI _____ NO _____

¿ A QUE EDAD LE HUBIERA GUSTADO CASARSE USTED? _____ PAREJA _____

NO. DE HIJOS VIVOS _____ MUERTOS _____ CAUSAS _____

PERINATALES

¿ SU EMBARAZO FUE DE 9/ 12 MESES SI _____ NO _____ TUVO COMPLICACIONES EN EL MOMENTO DEL PARTO? SI _____ NO _____ ¿ CUAL? _____

¿ DONDE FUE ATENDIDO EL PARTO? _____

PARTO NORMAL _____ CESAREA _____

ACTITUD DE LA MADRE EN EL MOMENTO DEL PARTO: NERVIOSA: _____

TRANQUILA _____ PREOCUPADA _____ ANGUSTIADA _____ INDIFERENTE _____

PRESENCIA DE LA PAREJA DURANTE EL PARTO: SI _____ NO _____

POST NATALES

¿ EL NIÑO LORO INMEDIATAMENTE AL NACER? SI _____ NO _____

¿ LA PIEL DEL BEBE ERA? ROSITA _____ MORADA _____ AMARILLA _____

¿ SE SENTIO DESILUSIONADA POR EL ASPECTO DEL BEBE SI _____ NO _____

ALIMENTACION AL SENO MATERNO: SI _____ NO _____ ¿ CUANTO TIEMPO? _____ ¿ DESARROLLO PSICOMOTOR ? _____

ENFERMEDADES PROPIAS DE LA INFANCIA ESPECIFICAR CUAL Y A QUE EDAD SE PRESENTARON: _____

48

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



SISTEMA MUNICIPAL INTEGRAL
NEZAHUALCOYOTL, 2000 - 2003



CLINICA DE ATENCION INTEGRAL DEL NIÑO MALTRATADO
DR. ARTURO LOREDO ABDALA

¿ HA HECHO USO DE DROGAS? SI _____ NO _____ CUAL _____

FRECUENCIA CON QUIEN A QUE EDAD

MARIGUANA	¿ _____	_____	_____
CEMENTO:	_____	_____	_____
THINER	_____	_____	_____
ALCOHOL	_____	_____	_____
TABACO	_____	_____	_____
TRANQUILIZANTES	_____	_____	_____

¿ ACTUALMENTE INGIERE ALGUNA? SI _____ NO _____ ¿ CUAL? _____

DE LA FAMILIA

PADRE MADRE ESPOSO (A) ABUELOS

ALCOHOLISMO	_____	_____	_____	_____
TABAQUISMO	_____	_____	_____	_____
DROGAS	_____	_____	_____	_____
ENFERMEDADES MENTALES	_____	_____	_____	_____

TRATAMIENTO INDICADO:

OBSERVACIONES:

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

47



SISTEMA MUNICIPAL INTEGRAL
NEZAHUALCOYOTL, 2000 - 2003



CLINICA DE ATENCION INTEGRAL DEL NIÑO MALTRATADO
DR. ARTURO LOREDO ABDALA

REPORTE MEDICO

(MOTIVO DE CONSULTA Y/O VALORACION DESCRIPTIVA)

COMO SE PRODUCERON LAS LESIONES, EN DONDE, A QUE HORA Y DE QUIEN
ES LA VERSION:

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

48

ANEXO 4

INDICE DE FUNCIONALIDAD FAMILIAR (MC MASTER)

1°. NORMALMENTE TOMAMOS NUESTRAS DECISIONES CONSIDERANDO LOS PROBLEMAS DE LA FAMILIA .

1() 2() 3() 4() 5()

2°. CUANDO LA FAMILIA TRATA DE RESOLVER SUS PROBLEMAS PLATICAMOS SI PARTICIPAMOS O NO.

1() 2() 3() 4() 5()

3°. TRATAMOS DE RESOLVER LOS PROBLEMAS EMOCIONALES MAS GRAVES QUE SURGEN

1() 2() 3() 4() 5()

4°. ENFRENTAMOS LOS PROBLEMAS TOMANDO EN CUENTA NUESTROS SENTIMIENTOS.

1() 2() 3() 4() 5()

5°. BUSCAMOS DIFERENTES CAMINOS PARA SOLUCIONAR PROBLEMAS

1() 2() 3() 4() 5()

6°. CUANDO ALGUIEN ESTA ALTERADO LOS OTROS SABEN PORQUE

1() 2() 3() 4() 5()

7°. PUEDO SABER COMO SE SIENTE ALGUIEN DE LA FAMILIA POR LO QUE DICE

1() 2() 3() 4() 5()

8°. LAS PERSONAS QUE NO SON DE LA FAMILIA DICEN LAS COSAS CLARAS EN LUGAR DE INSINUARLAS .

1() 2() 3() 4() 5()

9°. NOSOTROS SOMOS FRANCOS CON LOS DEMAS

1() 2() 3() 4() 5()

10. CUANDO ESTAMOS ENOJADOS NO CONVERSAMOS CON LOS DEMAS

1() 2() 3() 4() 5()

11°. CUANDO NO NOS GUSTA LO QUE DICE ALGUIEN SE LO DECIMOS

1() 2() 3() 4() 5()



12°. CUANDO USTED PIDE QUE ALGUIEN HAGA ALGO TIENE QUE CORROBORAR QUE LO HIZO.

1 () 2 () 3 () 4 () 5 ()

13°. NOS ASEGURAMOS QUE LOS INTEGRANTES DE LA FAMILIA SEPAN SUS RESPONSABILIDADES FAMILIARES.

1 () 2 () 3 () 4 () 5 ()

14°. LAS LABORES FAMILIARES NO HAN SIDO ADECUADAMENTE DISTRIBUIDAS

1 () 2 () 3 () 4 () 5 ()

15.- SE NOS DIFICULTAD ENCONTRAR UN OBJETO COMUN

1 () 2 () 3 () 4 ()

16.-DEDICAMOS POCO TIEMPO PARA BUSCAR NUESTROS INTERESES PERSONALES.

1 () 2 () 3 () 4 ()

17.-DISCUTIMOS QUIEN HAGA LOS QUEHACERES DOMESTICOS

1 () 2 () 3 () 4 ()

18.-SI ALGUIEN SE LE PIDE QUE HAGA ALGO NECESITAN QUE SE LO RECUERDEN.

1 () 2 () 3 () 4 ()

19.-GENERALMENTE ESTAMOS INSATISFECHOS CON LOS DEBERES FAMILIARES ASIGNADOS

1 () 2 () 3 () 4 ()

20.-SE NOS OBLIGA A MOSTRAR AFECTO A LOS DEMAS.

1 () 2 () 3 () 4 ()

21.-ALGUNOS DE NOSOTROS NO NOS AFECTAN LAS EMOCIONES.

1 () 2 () 3 () 4 ()

22.-NO MOSTRAMOS NUESTRO CARÍÑO A LOS DEMAS

1 () 2 () 3 () 4 ()

23.-NOS INTERESA MAS OTRAS COSAS QUE EL CARÍÑO DE LA FAMILIA

1 () 2 () 3 () 4 ()

24.-NOSOTROS SI EXPRESAMOS CARÍÑO

1 () 2 () 3 () 4 ()

25.-NO NOS ESCONDEMOS PARA LLORAR

1 () 2 () 3 () 4 ()

26.-SI ALGUIEN TIENE PROBLEMAS LOS OTROS SE PREOCUPAN DEMASIADO

1 () 2 () 3 () 4 ()

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

27.-LOS DEMAS MIEMBROS DE LA FAMILIA SOLO VEN SU PROPIO INTERES CUANDO ALGO ES IMPORTANTE.

1 () 2 () 3 () 4 ()

28.- A NOSOTROS SOLO NOS INTERESA LO NUESTRO

1 () 2 () 3 () 4 ()

29.-SOLAMENTE NOS RELACIONAMOS CON OTROS CUANDO ALGO NOS INTERESA

1 () 2 () 3 () 4 ()

30.-MOSTRAMOS INTERES A OTROS CUANDO OBTIENEN ALGO DE NOSOTROS

1 () 2 () 3 () 4 ()

31.-A PESAR DE QUE NO NOS ENTENDEMOS LA MAYORIA DE LAS VECES INTERVENIMOS DEMASIADO EN LA VIDA DE LOS DEMAS

1 () 2 () 3 () 4 ()

32.-NO SABEMOS QUE HACER EN EL MOMENTO QUE SE PRESENTA UNA EMERGENCIA

1 () 2 () 3 () 4 ()

33.- NO HAY PROBLEMA SI ROMPEMOS LAS REGLAS DE LA FAMILIA

1 () 2 () 3 () 4 ()

34.-SABEMOS QUE HACER ANTES DE QUE SE PRESENTE UNA EMERGENCIA

1 () 2 () 3 () 4 ()

35.-NO SOMOS MUY ORDENADOS EN NUESTROS HABITOS DE LIMPIEZA

1 () 2 () 3 () 4 ()

36.-NO TENEMOS REGLAS SOBRE CUANDO GOLPEAR A LAS PERSONAS PARA QUE SE COMPORTEN.

1 () 2 () 3 () 4 ()

37.-NO RESPETAMOS NINGUNA REGLA

1 () 2 () 3 () 4 ()

38.-SI SE ROMPEN LAS REGLAS NO SABEMOS QUE HACER

1 () 2 () 3 () 4 ()

39.-EN NUESTRA FAMILIA SE PERMITE CUALQUIER COSA

1 () 2 () 3 () 4 ()

40.-HAY REGLAS PARA LA SITUACION DE PELIGRO

1 () 2 () 3 () 4 ()

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

51

41.-ES DIFICIL PLANEAR LAS ACTIVIDADES DE LA FAMILIA PORQUE NO NOS COMPRENDEMOS.

1 () 2 () 3 () 4 ()

42.-EN SITUACIONES DIFICILES PODEMOS APOYARNOS EN LOS DEMAS

1 () 2 () 3 () 4 ()

43.-NO PODEMOS HABLAR CON OTROS ACERCA DE LA TRISTEZA QUE SENTIMOS

1 () 2 () 3 () 4 ()

44.- ACEPTAMOS A LAS PERSONAS

1 () 2 () 3 () 4 ()

45.-EVITAMOS DISCUTIR NUESTROS TEMORES Y PREOCUPACIONES

1 () 2 () 3 () 4 ()

46.-PODEMOS EXPRESAR NUESTROS SENTIMIENTOS A LOS DEMAS

1 () 2 () 3 () 4 ()

47.-HAY MUCHOS SENTIMIENTOS MALOS EN LA FAMILIA

1 () 2 () 3 () 4 ()

48.-CREENOS QUE LOS DEMAS NO NOS ACEPTAN

1 () 2 () 3 () 4 ()

49.-PARA NUESTRA FAMILIA ES UN PROBLEMA TOMAR DECISIONES

1 () 2 () 3 () 4 ()

50.-SOMOS CAPACES DE TOMAR DECISIONES PARA RESOLVER PROBLEMAS

1 () 2 () 3 () 4 ()

51.- NO NOS LLEVAMOS BIEN

1 () 2 () 3 () 4 ()

52.-CONFIAMOS EN LOS DEMAS MIEMBROS DE LA FAMILIA

1 () 2 () 3 () 4 ()

CALIFICACION

51-70 FUNCIONAL

71-140 MODERADAMENTE DISFUNCIONAL

141 A MAS ALTAMENTE DISFUNCIONAL

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

57