

11262



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA

FACTORES DEL MICROSISTEMA FAMILIAR
ASOCIADOS CON EL MALTRATO FISICO SEVERO
DEL MENOR DE 18 AÑOS EN EL HOGAR

TESIS DE POSGRADO
PARA OBTENER EL GRADO DE:
MAESTRA EN CIENCIAS MEDICAS
ODONTOLOGICAS Y DE LA SALUD CON
ENFOQUE EPIDEMIOLOGIA CLINICA

PRESENTA:
DRA. YOLANDA SOTO GONZALEZ

ASESOR DE TESIS:
DRA. HORTENCIA REYES MORALES

MEXICO, D.F. JULIO 2005

0346391



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.

ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA

AGRADECIMIENTO.

A los padres de los menores que participaron en el estudio.

Al Dr. Arturo Loredó Abdalá y su grupo de trabajo por permitirme trabajar en su equipo y el apoyo incondicional que me fue brindado.

A la Dra. Hortensia Reyes Morales por su asesoría y dirección de tesis.

A la Dra. María del Carmen Martínez profesora de la maestría por su experiencia en el proceso de enseñanza aprendizaje para mi formación en la misma.

A la Dra. Rosalinda Mercado Guerrero por su apoyo y comprensión para la realización de esta tesis.

A mis revisores y sinodales por su tiempo y sus aportaciones.

AGRADECIMIENTO.

A mi esposo Fernando por su apoyo incondicional en todos los momentos importantes de mi vida ya que ha sido el que me impulsa para el logro de mis metas y la realización de mis sueños, por su amor y comprensión.

A Mis Hijos, Juan Manuel, Fernando y Elide que han sido y serán el motivo de mi vida por su perseverancia y apoyo.

A mi abuelita Ma. de la Luz por su compañía, su apoyo y su amor.

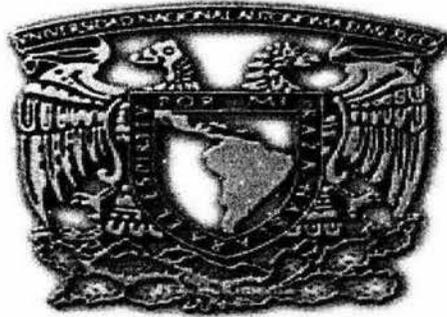
A todos mis Hermanos, a mí cuñada Carmen y mis sobrinos por que siempre han creído en mí.

Autorizo a la Dirección General de Bibliotecas de la UNAM a difundir en formato electrónico e impreso el contenido de mi trabajo recepcional.

NOMBRE: Yolanda Soto González

FECHA: 8-07-2005

FIRMA: [Firma manuscrita]



TESIS DE POSGRADO EN CIENCIAS MÉDICAS ODONTOLÓGICAS Y DE LA
SALUD CON ENFOQUE EN EPIDEMIOLOGÍA CLÍNICA.

FACTORES DEL MICROSISTEMA FAMILIAR ASOCIADOS CON EL MALTRATO
FÍSICO SEVERO DEL MENOR DE 18 AÑOS EN EL HOGAR.

Alumna

Yolanda Soto González¹

Tutor académico:

Dra. Hortensia Reyes Morales²

Cotutores:

Dr. Arturo Loredo Abdalá³

Dr. Juan Manuel Saucedo García⁴

Dr. Arturo Perea Martínez⁵

¹Unidad de Medicina Familiar No. 23. Instituto Mexicano del Seguro Social

²Unidad De Investigación Epidemiológica Y En Servicios De Salud. C.M.N. Siglo XXI.
Instituto Mexicano del Seguro Social

³Clínica de atención integral de maltrato infantil. Instituto Nacional de Pediatría

⁴Servicio de Salud Mental, Hospital de Pediatría C.M.N. Siglo XXI

⁵Clínica de atención integral de maltrato infantil. Instituto Nacional de Pediatría

INDICE

RESUMEN.....	4
ANTECEDENTES.....	5
JUSTIFICACIÓN.....	18
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	19
OBJETIVOS.....	21
HIPÓTESIS.....	22
METODOLOGÍA.....	23
- DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN	
- POBLACIÓN DE ESTUDIO	
- MUESTREO	
- TAMAÑO DE LA MUESTRA	
- CRITERIOS DE INCLUSIÓN, EXCLUSIÓN, ELIMINACIÓN.	
- DEFINICIÓN DE CASO Y CONTROL	
- IDENTIFICACIÓN DE VARIABLES	
- DEFINICIÓN OPERACIONAL DE LAS VARIABLES	
- MARCO CONCEPTUAL DEL MALTRATO FISICO SEVERO	
- DEFINICIÓN CONCEPTUAL DE LAS VARIABLES	
- DESCRIPCIÓN DEL ESTUDIO	
- ANÁLISIS ESTADÍSTICO	
- ASPECTOS ÉTICOS	
- INSTRUMENTOS	

RESULTADOS.....42
DISCUSION.....55
CONCLUSIONES.....65
CONSENTIMIENTO INFORMADO.....67
ANEXOS.....68
-INSTRUMENTO DE MEDICION
BIBLIOGRAFÍA.....85

RESUMEN

FACTORES DEL MICROSISTEMA FAMILIAR ASOCIADOS CON EL MATRATO FÍSICO SEVERO DEL MENOR DE 18 AÑOS EN EL HOGAR.

El maltrato físico es un problema de salud pública por las repercusiones que ocasiona a nivel personal y familiar. En nuestro país existen estimadores que solo muestran las facetas parciales de éste.

OBJETIVO. Identificar los factores del microsistema familiar que se asocian con maltrato físico severo en el hogar en menores de 18 años.

MATERIAL Y METODOS. Se realizó un estudio de casos y controles en INP; los casos fueron niños con diagnóstico reciente de maltrato físico severo, los controles niños atendidos en urgencias por traumatismo no relacionado con maltrato, con edad similar al caso. Al responsable del menor se le invitó a participar.

RESULTADOS. Se estudiaron 37 casos, 74 controles. Las variables de estudio significativas en el análisis bivariado fueron incluidas en el modelo de regresión logística múltiple integrado por variables del menor, de los padres y la familia, quedando en el modelo final las siguientes: Antecedentes de maltrato a la madre en la niñez (razón de momios) [RM] 14.91 IC 95% 3.4 -65.1), crianza difícil de los hijos (RM 13.05 IC 95% 2.8 -61.5), convivir con padrastro o madrastra (RM 6.27 IC 95% 1.1 - 36.7), autoestima baja en la madre (RM 5.9 IC 95% 1.3 -27.5), hijo único (RM 4.69 IC 95% 0.7 – 29.6).

CONCLUSIONES. Los componentes del microambiente familiar que son determinantes de maltrato en los menores son; las experiencias maternas, condiciones de los niños con discapacidad, ambiente familiar desfavorable.

PALABRAS CLAVE: Microsistema familiar, Maltrato físico severo, menor de 18 años.

ANTECEDENTES

Epidemiología del Maltrato.

La importancia del conocimiento de la epidemiología de los malos tratos en la infancia radica no solo en conocer la prevalencia y la incidencia sino que también los factores de riesgo, efectos a corto y largo plazo en el desarrollo del niño¹. Las características propias del maltrato infantil hacen que el conocimiento real de su frecuencia sea desconocido.

La naturaleza del problema, que hace que un gran número se produzca dentro de la propia familia, aunado el miedo a la denuncia, la formación insuficiente de los profesionales, y el hecho de que el agredido sea un niño, condicionan el desconocimiento del número real de casos.

Otro factor que influye directamente en el desconocimiento de las dimensiones del problema es la falta de notificación de los profesionales.² La falta de registros dificulta la aproximación al conocimiento del problema. En una encuesta realizada en 1992 en treinta países, 14 en vías de desarrollo y 16 desarrollados, solo la mitad de los países desarrollados y un tercio de los que se encuentran en vías de desarrollo disponían de registros centralizados, y en muchos de ellos incluyendo Estados Unidos, Canadá, Francia y Alemania, la obtención de los datos era fragmentada con escasa comparabilidad.³

En los países desarrollados, el nivel de servicios (salud, educación, sociales) hace que la situación de la infancia mejore, aunque también estas sociedades presentan graves problemas. En Estados Unidos se calcula que al menos 100 000 niños están envueltos en la prostitución, y en el Reino Unido se estima que el 15 -26% de los niños de 11 años y el 36 -66% de los niños de 15 años realizan algún trabajo. Por otro lado, en los países en vías de desarrollo, más de 12,5 millones de niños menores de 5 años mueren anualmente, 73 millones de niños trabajan, 1 millón de niñas al año caen en las redes de la prostitución y 140 millones de niños no asisten a la escuela.⁴

Uno de los problemas sociales más relevantes es el maltrato a los niños. En Estados Unidos, en 1980 se estimaba que entre 1.4 y 1.9 millones de niños al año se encontraban en situación de grave riesgo de ser maltratados,⁵ y estudios de investigación han encontrado una incidencia entre 3.4 a 15 por 1000 niños.^{6,7}

En México y durante el período de 1979 –1990, se encontró un promedio anual de 4 533 niños fallecieron por causas accidentales y violentas; de éstos, 2 939 fallecieron por homicidio, lo que indica que en promedio un niño menor de 5 años es asesinado cada 2 días como consecuencia del maltrato infantil. El 39 % de los decesos correspondieron a los menores de un año y más de la tercera parte de estos homicidios ocurrieron antes de que los niños tuvieran 30 días de nacidos. La madre fue la que con mayor frecuencia apareció como agresora y muchos agresores fueron a su vez agredidos en su infancia.⁸ La Encuesta Nacional de Salud 2000 (ENSA 2000) reporta una prevalencia de accidentes en niños menores de 10 años de 7.1%, de los cuales más de dos terceras partes correspondió a caídas y más de la mitad ocurrió en el hogar.⁹ En la Clínica de atención integral del niño maltratado (C.A.I.N.M.) del Instituto Nacional de Pediatría, que atiende niños principalmente de la zona metropolitana de la Ciudad de México y Estados cercanos, la frecuencia es de 34 casos por año.¹⁰

Durante 1996, las entidades federativas con mayor índice de denuncias recibidas por violencia en menores, en orden decreciente fueron, Estado de México, Distrito Federal, Nuevo León, Veracruz, Baja California; para el año siguiente, los estados mencionados en los dos primeros lugares se conservaron en este sitio, seguidos por Chihuahua, Oaxaca, Nuevo León y Baja California. En los casos comprobados de maltrato durante los dos años reportados, la relación jurídica con el agresor fue en orden descendente como sigue: la madre, el padre, el padrastro, la madrastra y los tíos. La escolaridad del menor maltratado de acuerdo con la mayor incidencia, fue primaria, educación inicial, preescolar y secundaria. Cabe destacar que si bien las cifras sobre maltrato muestran un incremento con otros años, esto no

necesariamente significa que el fenómeno está creciendo, sino que puede reflejar dos hechos: primero, que hay un número mayor de instancias especializadas de atención al menor y segundo, que hay un mayor conocimiento de este fenómeno, mismo que anteriormente permanecía oculto en el ámbito privado^{11,12}

Definición y Clasificación

El maltrato contra los niños según la clasificación de la OMS se divide en 4 categorías: maltrato físico, abuso sexual, abuso emocional o psicológico y negligencia.

El contenido de cada categoría de la clasificación puede variar; Finkelhor y Korbin han descrito el maltrato físico y la negligencia "como el uso de la violencia y otras acciones humanas no accidentales proscritas, que infligen dolor en un niño y son capaces de causar lesión o deficiencia en su desarrollo o su funcionamiento" y también "como la privación o no-provisión de los recursos necesarios y socialmente disponibles, cuya falta crea riesgo de lesión o deficiencia en su desarrollo o funcionamiento".¹³

La definición de maltrato en el niño se ha modificado y enriquecido con las aportaciones de los investigadores que se han abocado al tema a partir de la primera que fue emitida por Kempe 1962. El Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia define a los niños maltratados 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 ellos".¹⁴

La Definición de maltrato según el Instituto Nacional de Pediatría fue emitida después que el grupo multidisciplinario que labora en CAINM analizó las definiciones que han propuesto instituciones internacionales, nacionales e

investigadores independientes, líderes en el tópico y que han sido publicadas en la literatura nacional o internacional basándose en ocho elementos básicos:

1. La existencia de un agresor; este hecho se refiere solamente a la existencia de un individuo sin considerar que puede ser producida por una institución, por la sociedad o por el estado.
2. En el contexto de cómo puede ser lesionado un niño es indispensable considerar que la agresión es por acción u omisión.
3. Mención de la necesidad de que exista una lesión.
4. Mención de la existencia de intencionalidad en del fenómeno.
5. Lugar donde la agresión sucedió.
6. La agresión puede existir antes del nacimiento. (cuando la madre tiene trastornos en la alimentación, por el consumo de drogas; como alcohol, tabaco, cocaína etc. maltrato físico o psicológico por su pareja.)
7. El común denominador de las definiciones es su extensión; algunas son demasiado amplias y poco concretas y la minoría muy escuetas.
8. La repercusión del maltrato a mediano y largo plazo.

El análisis realizado permitió que cada uno de los conceptos fuera cuidadosamente discutido y se extrajo el conocimiento de las definiciones, que a su vez permitió estructurar la siguiente que incorpora los aspectos generales del fenómeno y además involucra a la sociedad en general como responsable de la prevención y por ende de la erradicación del fenómeno:

Maltrato a un niño es toda agresión u omisión intencional dentro o fuera del hogar contra un menor(es), antes o después de nacer y que afecta su integridad biopsicosocial, realizada habitual u ocasionalmente por una persona o Institución o Sociedad. Maltrato físico: La presencia de cualquier daño físico en un menor provocado en forma intencional, en donde puede existir lesiones internas o externas.¹⁰

Diagnóstico y tipos de maltrato físico

Sin duda el aspecto fundamental que involucra al médico es que de alguna u otra forma atienden a la población infantil en nuestro país.^{15,16,17,18}

EL maltrato físico se da por cuatro mecanismos: quemaduras, traumatismos, asfixia y ahogamiento. Cuando el menor es maltratado físicamente, habitualmente recibe golpes con la mano, con el pie, es azotado contra la pared, o el suelo con un o el suelo con un cinturón o cualquier objeto que el agresor tenga a la mano al momento a la hora de perder el control emocional. También puede ser mordido o agredido con un objeto punzo cortante.

En el caso de quemaduras, los niños son lesionados con cigarrillos, cerillos, objetos o alimentos calientes (plancha, horno, parrilla) originándose lesiones de extensión y profundidad variable la presencia de lesiones antiguas, ocasionadas por cigarrillo pueden hacer pensar en lesiones ocasionadas por prurigo.

El fenómeno de asfixia es más difícil de diagnosticar y debe de ser considerado en aquellos lactantes menores que al parecer sufrieron muerte súbita. Con el ahogamiento, es obligada la realización de estudios post-mortem para apoyar o descartar que la causa de tal suceso haya sido intencional o accidental. Una exploración completa y un interrogatorio intencionado a los padres o responsables facilitan el establecimiento del diagnóstico, ya que la posibilidad de encontrar lesiones de antigüedad variable y a veces de localización inverosímil, sustituyen el decir del adulto y se constituyen en la voz del niño maltratado.^{19,20,21,22,23,24}

La sospecha diagnóstica se establece por el tipo de lesiones que un menor presenta al llegar al hospital, el hecho de que la víctima sea llevado a un centro hospitalario por un familiar no directo u otra persona que no pertenezca al núcleo familiar y finalmente la tardanza en solicitar atención médica, son ejemplos de esta situación.²²

En lo referente al diagnóstico, se debe insistir en que éste puede ser de sospecha, de probabilidad o de convicción y debe estar basado no solamente en la información que dicho profesional ha recabado en una primera entrevista con el paciente y sus familiares. Es necesario que un grupo multidisciplinario de salud integrado por pediatra, psicólogo, psiquiatra, trabajadora social, y el personal del departamento jurídico, lo realicen en forma conjunta, basado en el análisis completo de cada paciente.¹⁷

El manejo de estos pacientes es resolver la urgencia médica, la quirúrgica, o la médico quirúrgica, sus complicaciones e iniciar la rehabilitación para él y su familia^{16,17,18,19,20,21,22}.

Marco conceptual

El maltrato infantil, como cualquier otro tema del campo de la medicina, exige la búsqueda de un cuerpo sólido de conocimientos acerca de sus causas y modo de desarrollo, que posibilite el adecuado enfrentamiento al mismo en sus distintas vertientes preventivas, diagnósticas y terapéuticas.

Asimismo, como en cualquier otro campo de la patología, la historia clínica enfocada en su amplio espectro bio-psicosocial constituye la base que posibilita la sospecha inicial y su posterior planteamiento, centrado al niño en su contexto de desarrollo (familia, sociedad, ambiente).

La filosofía y los valores sustentados por una sociedad, la naturaleza de sus instituciones y la calidad de sus relaciones humanas son variables a considerar.²⁵

Existen cuatro puntos básicos para explicar la comprensión de los diferentes modelos explicativos propuestos en relación con su etiopatogenia.

- 1) Debe rechazarse desde un principio cualquier planteamiento unicausal. Su producción conlleva a la acumulación de diferentes factores de riesgo.

- 2) La confluencia de varios factores de riesgo potencial, multiplica el efecto debido a tensiones externas e internas en una intensidad superior a la que el individuo (agresor) es capaz de soportar.
- 3) Los incidentes de abusos son únicamente el reflejo de un largo proceso subyacente de graves perturbaciones en la relación paterno-filial.
- 4) Si bien existe una serie de factores de riesgo que se pueden considerar comunes, es preciso tener en cuenta situaciones generadas y mantenidas por una serie de ellos, propias de determinada tipología.

La producción del maltrato infantil se ha considerado desde distintos modelos teóricos que sucesivamente se han ido desplazando y complementando:

- 1) Modelo psicológico-psiquiátrico.
- 2) Modelo sociológico
- 3) Teoría de la transmisión intergeneracional del maltrato
- 4) Modelo centrado en la vulnerabilidad del niño
- 5) Modelo socio interaccional.
- 6) El modelo ecológico-ecosistémico

Modelo psicológico-psiquiátrico

Este modelo considera como factor prioritario explicativo las características psicológicas o los rasgos psicopatológicos de los perpetradores, proponiendo como método terapéutico la modificación de los factores emocionales presentes.

Kempe (1972)²⁶ advierte que sólo 10 % de los maltratados que él estudió padecían enfermedad psiquiátrica específica, señalando la mayor incidencia de determinadas psicopatologías, lo que hizo que este modelo se centrara en características de personalidad.

La ausencia de resultados consistentes que apoyen una explicación exclusivamente psicopatológica no desvaloriza el interés de comprender las

características individuales de los padres que maltratan a sus hijos en relación con sus experiencias previas y necesidades como factor contribuyente.

Modelo sociológico

A partir de 1970, el modelo sociológico aparece y dirige la etiología del maltrato a las actitudes socioculturales: el modelo de sociedad que legitima la violencia como modo idóneo de control interpersonal y las familias en situaciones de estrés (enfermedad, alcohol, droga, desempleo, dificultades económicas, hacinamiento, problemas matrimoniales, problemas legales, etc) constituyen los principales motivos explicativos desde el punto de vista sociológico al problema del maltrato.

Desde esta perspectiva los padres son considerados víctimas de fuerzas sociales, encontrándose el abuso igualmente entrelazado con un conjunto de valores, actitudes y creencias socioculturales acerca de la infancia, la familia y la paternidad (agresión verbal / castigo corporal como disciplina, arraigo en la idea de privacidad en la vida familiar, niños propiedad de los padres etc).²⁷

Teoría de la transmisión intergeneracional del maltrato

La hipótesis de la transmisión intergeneracional del maltrato ha ocupado un lugar importante en la teoría del maltrato infantil, planteando que existe un ciclo en el cual la violencia genera violencia y se reproduce el maltrato de padres a hijos.

Esta teoría se encuentra en revisión, ya que puede llevar a errores en la clasificación, problemas metodológicos por falta de grupos controles y ser estudios de datos retrospectivos

En cualquier caso, los adultos que fueron maltratados de niños pueden presentar un mayor riesgo de maltratar a sus propios hijos.^{28,29}

Modelo centrado en la vulnerabilidad del niño.

En él se pretende estudiar los factores estresantes derivados del propio niño, que sumado a los anteriormente referidos, contribuyen a que puedan producirse estallidos de violencia o desatención severa.

Entre otros han sido reseñados frutos de embarazos no deseados o de relaciones extramatrimoniales, niños prematuros o de bajo peso al nacer, niños afectados por

malformaciones o que tienen algún tipo de necesidad especial (física o sensorial) niños hiperactivos o irritables.

Modelo socio interaccional

Los modelos socio interaccionales, toman en consideración los diferentes niveles ecológicos, familiares, ambientales, sociales e individuales del propio niño, interviniendo como factores interrelacionados e interactuando entre ellos, permitiendo a través de un análisis individualizado de cada caso llegar al modelo explicativo del mismo, con su consiguiente utilidad preventiva y terapéutica.

La perspectiva interactiva o transaccional hace posible concebir el fenómeno del maltrato como la expresión de una disfunción en el sistema padres-niños-ambiente y no como el mero resultado de unos rasgos patológicos de personalidad parental, de un alto nivel de estrés ambiental o de unas características particulares del niño.³⁰

El modelo ecológico-ecosistémico

En esta perspectiva encaja perfectamente el planteado por Bronfenbrenner³¹ en 1979; en dicho modelo la realidad familiar, la realidad social y económica y la cultural quedan organizadas como un todo articulado y como un sistema compuesto por diferentes subsistemas que se articulan entre sí de manera dinámica.

En esta misma línea teórica, Belsky³² en 1980 conceptualizaba el maltrato infantil como un fenómeno determinado por múltiples factores que agrupan en 4 niveles ecológicos:

- 1) Desarrollo ontogénico: Se refiere fundamentalmente a todos aquellos relacionados con el proceso evolutivo de un individuo y que determina su estructura de personalidad. Representa la herencia que los padres traen consigo a la situación familiar y al rol parental.
- 2) Microsistema familiar, que representa el contexto inmediato en el cual se produce el abuso, es decir, la familia. Se incluyen en este nivel las

características del niño, de los padres, el ajuste marital y la complicación familiar.

- 3) Exosistema: Representa en términos de Bronfenbrenner, las estructuras sociales, tanto informales como formales, que rodean al microsistema familiar (mundo laboral, redes de relaciones sociales, vecindario etc.). Dichas estructuras no contienen en sí mismas a la persona en desarrollo, aunque rodean y afectan el contexto inmediato en que se encuentra, influyendo, delimitando e incluso determinando los acontecimientos.
- 4) Macrosistema. Se refiere al conjunto de valores y creencias culturales acerca de la paternidad, los niños, derechos de los padres sobre los hijos, que permiten y fomentan el maltrato infantil a través de la influencia que ejercen en los otros tres niveles, el individuo, la familia y la comunidad.^{32,33,34}

La Teoría del modelo de Belsky regirá el marco conceptual en el cual nos basaremos para la realización de la investigación trabajando solo en uno de sus cuatro niveles que es el que considera al microsistema familiar y que a continuación se describe.

Factores de riesgo del microsistema familiar.

Es muy difícil establecer asociaciones en los casos de maltrato infantil considerando la enorme variabilidad que existe entre los diferentes factores que están inmersos en el desarrollo de este problema; si embargo, Smith considera que es una enfermedad del adulto que encuentra su máxima expresión sobre el niño.²⁸ Estudios realizados en varios países señalan que es un problema multicausal, en el que intervienen tres elementos: las características de los padres que agraden al menor, las características de los niños que son agredidos el ajuste marital y la complicación familiar. Las características del menor agredido que se han identificado; el ser portador de un problema de salud (congénito o adquirido), niños hiperactivos de difícil manejo, con bajo rendimiento escolar o ser un hijo no deseado.^{21, 33, 34, 35, 36, 37}

Se describen algunos factores encontrados en los padres para el desarrollo de maltrato al menor: autoestima baja, individuos deprimidos o con tendencia a la depresión, neuróticos, ansiosos, impulsivos, hostiles, con poca tolerancia a la frustración, con antecedentes de maltrato en su niñez, consumo de drogas o de alcohol, ser padrastro o madrastra etc.^{22, 37, 38}

El conflicto familiar de la agresión generalmente se relaciona con aspectos económicos, desempleo, vivienda inadecuada, vivir en una zona de conflicto, mala relación de pareja, padrastro, madrastra, etc.^{22,37,38,40}. Estos elementos pueden presentarse en forma súbita o bien pueden estar gestando y al unirse con los otros surge el problema.²²

Algunos autores han reportado algunas variables asociadas al maltrato como son: violencia marital,³⁸ madre como agresora^{22, 30,38,39} con antecedentes de ser golpeadas o violadas en su niñez,⁴⁰ castigo infantil como pauta de crianza⁴¹, el abuso de sustancias como es el alcohol y otras drogas, e ingreso insuficiente para cubrir las necesidades, constantes peleas con parientes y conocidos y riñas entre los miembros de la familia⁴² y las conductas de los niños como es el bajo rendimiento escolar⁴³

Otro factor asociado ha sido el bajo apego de la madre,⁴⁴ la educación materna baja, madres jóvenes, un padre solo, separación temprana de la madre, madres no satisfechas, graves enfermedades maternas, menor compromiso de los padres, complicaciones en el embarazo o parto,⁴⁵. Se ha encontrado que estas variables pueden modificarse de acuerdo a la zona urbana, suburbana y rural¹⁴.

Sin embargo, los factores reportados se han estudiado en forma separada encontrando problemas metodológicos, como son tamaño de la muestra, sesgo de selección y la no respuesta a algunos de los instrumentos.^{14,50,52}

Diversos expertos en el tema^{46,47,48,49,50,51} han señalado la necesidad de incrementar los estudios sobre aspectos relevantes, pero todavía desconocidos en el maltrato que permitan mejores acercamientos en su prevención: Dichos aspectos pueden ser encuadrados en los siguientes:

1. Análisis de la relación parental y la producción de disfunciones que desencadenan actos maltratantes: a) los elementos involucrados en la interacción padres - hijos que contribuyen de manera relevante en el desencadenamiento del maltrato a los hijos; y b) las actitudes, valores, creencias, expectativas, percepciones, estilos de procedimientos de información que intervienen en los factores cognitivos y emocionales del maltratador.
2. Aplicación de los niveles conceptuales a nivel comunitario: a) variables culturales y sociodemográficas que conforman las prácticas de crianza de los hijos, que tienen lugar en la población general para la interrelaciones padres – hijos; b) la interacción del conjunto, de factores de riesgo y protección que se producen en un comunidad para estimar el peso de cada una de ellas en dicho medio.
3. El desarrollo de instrumentos de detección de situaciones maltratantes sobre todo centrado en instrumentos estandarizados, que cumplan las características básicas para su uso en la detección de casos en la población general a partir de su inclusión en los programas comunitarios.^{53,54,55,56,57,58}

En la tabla 1 se esquematiza los antecedentes del microsistema familiar asociados a maltrato físico grave en el menor de 18 años.^{40,41,42,43,44,45.}

TABLA 1 FACTORES DEL MICROSISTEMA FAMILIAR ASOCIADOS A MALTRATO FÍSICO GRAVE EN EL MENOR DE 18 AÑOS.

AUTOR	AÑO	POBLACIÓN	FACTOR ASOCIADO
ROSS SM	1985	Padres de familia 3365	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Violencia Marital.
BENETT	1994	Madres 733	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Dependencia a drogas.
LÒPEZ LA	1996	Padres 30	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Castigo como pauta de crianza.
YOUSSELF RM	1996	Familias 2401	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Bajo nivel económico. ▪ Familias numerosas más de 6 integrantes.
HALL LA	1998	Madres de niños de escuela 206	<ul style="list-style-type: none"> • Madre golpeada. • Violada en su niñez. ▪ Factores estresores. ▪ Recursos económicos bajos.
LEVENTHAL JM	1998	revisión bibliográfica en niños de 2 años 30	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Bajo apego de la madre. ▪ Maltrato en la niñez de la madre.
JOSELYN B	1998	Familias 644	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Asistencia religiosa baja. ▪ Madre joven. ▪ Padre solo. ▪ Dependencia social. ▪ Pobre calidad Marital. ▪ Complicaciones durante el embarazo o el parto.

JUSTIFICACION

El maltrato infantil es un fenómeno multicausal y universal no solo por sus distintas manifestaciones en el ámbito individual si no por la diversidad de factores que lo originan y por la gama de consecuencias familiares y sociales que genera, y que tiene lugar sobre todo en el hogar, convirtiéndose en un sitio oculto y menos controlado donde se ejerce la violencia.

Uno de los problemas que se ha presentado en el estudio del maltrato infantil es que, a pesar de haber sido abordado por múltiples autores de manera extensa, no se ha logrado un modelo que incorpore las variables en forma integrada, acorde a un marco conceptual determinado. Como consecuencia, se han identificado factores que de manera aislada han mostrado el riesgo para maltrato, sin que se haya obtenido la comprensión integral del fenómeno. En este trabajo, se ha decidido tomar como referencia el marco conceptual propuesto por Belsky dentro del modelo ecológico-ecosistémico, abordando uno de sus componentes: el microsistema familiar. Este nivel es susceptible de ser estudiado desde un enfoque epidemiológico y se acerca a un modelo más holístico, si bien tiene la limitante de no incorporar al macrosistema.

Por otro lado, es posible que las variables relacionadas con maltrato al niño, sean diferentes de acuerdo al contexto social en el que éste se da. En nuestro país existen estimadores que solo muestran las facetas parciales de este problema, por lo que es necesario establecer estrategias de investigación adecuadas para su identificación, que permita la elaboración de un modelo causal para detectarlo en forma temprana y poder aplicar medidas correctivas para modificarlo.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:

El maltrato infantil es un problema multifactorial y multicausal, en el que se han encontrado algunas características del agresor, del agredido y el estímulo disparador de la agresión destacándose en estudios previos las clases del maltrato; físico, psicológico, abuso sexual y por negligencia. Sin embargo, a pesar de todo el conocimiento que se tiene, aún persisten interrogantes sobre los modelos de riesgo para maltrato infantil. Un problema para el estudio del maltrato infantil en México es la falta de cifras nacionales de su prevalencia.

De los datos obtenidos del Sistema Nacional del DIF y Dirección de asistencia Jurídica de 1996 y 1997 los casos reportados de maltrato fueron los siguientes: En 1996: 11 651 casos comprobados de maltrato, correspondiendo 7 924 (68.1%) a maltrato físico, y en 1997 16 843 casos comprobados de maltrato, de los que 9174 (78.74%) fueron de maltrato físico.^{11,12} Este fenómeno se da en el hogar y el grupo que con mayor frecuencia recibe maltrato físico es el compuesto por menores de 18 años.

A pesar de que se han realizado diversos estudios de factores asociados al maltrato físico, existe variabilidad en los resultados obtenidos dado que hay limitaciones metodológicas y logísticas como la falta de unificación en la definición operacional de maltrato físico severo, así como la selección de los casos. En nuestro país no se ha estudiado qué variables pueden estar asociadas al maltrato físico severo, por lo que es necesario iniciar una línea de investigación que nos permita ver cómo se comportan éstas dado que las condiciones sociales, culturales y económicas son diferentes a las de los países en donde se han realizado estos estudios. Es necesario analizar las diferentes facetas del problema a fin de prevenir y dar solución en forma temprana para evitar las consecuencias y los efectos que tiene sobre el ser humano. Se debe aceptar que el maltrato físico a los niños es resultado de fuerzas que a distintos niveles del ámbito social influyen y que los instrumentos para su identificación necesariamente implican diversas disciplinas: sociología, psicología, medicina, legal, que no pueden ser analizadas

exhaustivamente en un solo estudio. Esta línea de investigación requiere el uso de definiciones derivadas de los conocimientos previos para que el problema sea abordado con las bases adecuadas para iniciar una primera exploración en la que puedan explicar los componentes del microsistema con un abordaje médico y psicológico.

Por todo esto se planteó la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuáles son los factores del microsistema familiar que se asocian con maltrato físico severo en el hogar en menores de 18 años, residentes de la ciudad de México y zona conurbada?

OBJETIVOS:

OBJETIVO GENERAL:

Identificar los factores del microsistema familiar que se asocian con maltrato físico severo en el hogar en menores de 18 años residentes de la ciudad de México y zona conurbada

Objetivo Específico:

Identificar la asociación que existe entre las características de los padres, el menor y un desencadenante familiar en el maltrato físico severo en el hogar en menor de 18 años en residentes de la ciudad de México y zona conurbada

HIPOTESIS:

Los factores que se asocian al maltrato físico severo en menores de 18 años son los padres con maltrato en su niñez, el ser un niño con (TDAH) trastornos por déficit de atención con hiperactividad, con bajo rendimiento escolar y una mala relación de pareja en los padres.

SUSTENTO: Estudios previos en otros contextos sociales han demostrado que el mayor riesgo para maltrato corresponde a estas variables ^{42,44,45}. Sin embargo, se han analizado en forma separada y existe controversia en la literatura en los resultados obtenidos ^{42,44,45}.

METODOLOGÍA

DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

Casos y controles

POBLACIÓN DE ESTUDIO

Menores de 18 años residentes de la ciudad de México y zona conurbada

TIEMPO PARA LA OBTENCIÓN DE LA INFORMACIÓN: diciembre del 2000 hasta marzo 2002.

UNIDAD DE ANÁLISIS: menor de 18 años.

SEDE DE CAPTACIÓN DE CASOS: Clínica de Atención Integral al Niño Maltratado del Instituto Nacional de Pediatría (C.A.I.N.M, INP.)

MUESTREO

No probabilístico secuencial.

Tamaño de la muestra:

Se calculó el tamaño de la muestra con la fórmula para casos y controles con los siguientes supuestos⁵²:

Nivel de confianza: 90%

Poder: 80%

Riesgo mínimo a detectar 3.0

Frecuencia de la exposición (antecedentes de maltrato en los padres) en los controles: 30%

Relación caso- control 1-2

$$n = [z_{\alpha} \sqrt{2pq} + z_{\beta} \sqrt{p_1q_1 + p_0q_0}]^2 / (p_1 - p_0)^2$$

Donde: $p_1 = p_0R/[1+p_0(R-1)]$

$$Y \quad p = 1/2 (p_1 + p_0) \quad q = 1 - p$$

$$q_1 = 1 - p_1 \quad q_0 = 1 - p_0$$

n total:

37 casos incidentes

74 controles

Criterios de Inclusión para los Casos

Que cumplieron con la definición de caso.

Domicilio dentro de la ciudad de México o zona conurbada

Criterios de Inclusión para los Controles

Niños del mismo grupo de edad que el caso: menos de 1 año, de 1 a 4 años, de 5 a 8 años de 9 a 12 años y de 13 a 18 años

Que cumplieron con la definición de control.

Criterios de Eliminación para los Casos y los Controles.

Padres o responsables del niño que no aceptaron participar.

Información incompleta.

Definición de caso: niños menores de 18 años quienes cumplieron los criterios de maltrato físico severo de C.A.I.N.M. en base a dos indicadores: que presentaran lesiones o cicatrices antigua (quemadura de cigarro, fracturas antiguas en la placa de tórax, arrancamiento de cuero cabelludo cicatrices de heridas provocadas por arma blanca) o que tuvieran retardo en la atención médica por problemas de salud en las últimas 24 horas antes de su ingreso a C.A.I.N.M. del Instituto Nacional de Pediatría.

Definición de control: menores de 18 años del mismo grupo de edad que los casos: menores de 1 año, 1-4, 5-8, 9-12, 13-18, que llegaron al servicio de urgencias con diagnóstico de traumatismo, en los que no se evidenció la presencia de maltrato.

MARCO CONCEPTUAL DEL MICROAMBIENTE FAMILIAR EN EL MALTRATO
FISICO SEVERO.

Variables Universales	Variable dependiente	Variables independientes
Edad	MALTRATO FÍSICO SEVERO	Características del menor de 18 años
Escolaridad		Portador de un problema de salud congénito o adquirido: <ul style="list-style-type: none"> • Problemas para Oír y hablar • Problemas del aprendizaje o retraso mental • Problemas de Conducta o emocionales
Sexo		Crianza difícil Hiperactividad con déficit de atención Lugar que ocupa el menor en el nacimiento Bajo rendimiento escolar
		Características de los padres
Edad		Embarazo no deseado
Estado civil		Autoestima Depresión Ansiedad Antecedentes de maltrato físico en la niñez de los padres Alcoholismo
		Características de de la familia
		Ingresos económicos Desempleo Nivel socioeconómico Mala relación de pareja: Maltrato físico, psicológico, abuso sexual, infidelidad. Padrastra o Madrastra Antecedentes de maltrato en la abuela materna o paterna por su pareja Relación del padre con el hijo. Religión. Tipo de familia

VARIABLES:

Dependiente:

Maltrato físico severo

Definición Conceptual. La presencia de cualquier daño físico en un menor provocado en forma intencional, en donde pueden existir lesiones internas o externas.⁹ y se clasifica de la siguiente manera: por traumatismo directo (patada, puñetazo, golpe con un objeto), por quemadura (con cerillo, cigarro, líquido hirviendo, objetos calientes), por ahogamiento, por asfixia y por envenenamiento.

Definición Operacional. Dos indicadores recomendados por el INP⁹: 1) lesiones y cicatrices antiguas y 2) retardo en la atención en problemas de salud por lo menos de 24 horas anteriores a su ingreso. Esta medición se realizó por el grupo multidisciplinario de C.A.I.N.M., con los criterios de este centro.

Indicador: si -no

Escala de Medición: Cualitativa Nominal Dicotómica

Universales:

Edad

Definición Conceptual: Tiempo transcurrido desde el nacimiento a la fecha.

Definición Operacional: Se midió mediante una pregunta abierta años cumplidos en el momento de la entrevista.

Indicador: Número de años cumplidos.

Escala de Medición: Cuantitativa continua.

Escolaridad

Definición Conceptual: Número de años cursados en el sistema educacional.

Definición Operacional: Se midió mediante una pregunta cerrada la cual se realizo durante la entrevista.

Indicador: Primaria, secundaria, preparatoria equivalente, licenciatura.

Escala de Medición: Cualitativa nominal

Sexo

Definición Conceptual: Características genotípicas y fenotípicas que identifican al hombre y a la mujer.

Definición operacional: Se midió mediante una pregunta estructurada durante la entrevista.

Indicador: femenino masculino

Escala de Medición: Cualitativa Nominal Dicotómica

Estado civil

Definición Conceptual: Condición de cada individuo en relación con los derechos y obligaciones civiles.

Definición Operacional: Se midió mediante una pregunta (15.9 ver anexo pag83) del cuestionario durante la entrevista.

Indicador: Casado, unión libre, divorciado, madre soltera

Escala de Medición: Cualitativa Nominal

Independientes:

Características del menor de 18 años

Portador de un problema de salud congénito o adquirido

Definición Conceptual: Pérdida del equilibrio entre el agente, huésped y medio ambiente que favorece la presencia de signos y síntomas que pueden presentarse desde el nacimiento o adquirirlos después, que puede evolucionar al estado sano, complicarse, tener recaídas que pueden ocasionar secuelas o la muerte.

Definición Operacional: Se interroga en el cuestionario mediante 5 preguntas estructuradas (2.2a 2.7h ver anexo pag. 66) los problemas de salud en el niño presencia de enfermedades: Retraso mental

Deformidad física o discapacidad

Problemas para oír o hablar o ver

Secuelas de accidentes o enfermedades crónicas

Problemas del aprendizaje, de conducta o emocionales.

Indicador: si- no

Escala de Medición: cualitativa, nominal dicotómica

Crianza

Definición Conceptual: Interrelación o vinculación afectiva entre un padre o madre y su hijo y las características propias del niño que condicionen la adaptabilidad negativa o positivas de los padres para satisfacer sus necesidades primarias del menor.

Definición Operacional: Se interrogo en el cuestionario (2.8 ver anexo pag. 67) y se corroboró con la entrevista estructurada a los padres de familia cómo fue la crianza de su hijo comparada con sus otros hijos.

Indicador: Fácil o difícil

Escala de Medición: cualitativa, nominal, dicotómica

Niño Hiperactivo con déficit de atención

Definición Conceptual: Clase de conductas motoras y/ o verbales de tasa elevada que aparecen sin un aparente control de estímulos y que por mantenerse durante un largo período difícilmente pueden ser ignoradas por otras personas⁵³

Definición Operacional: Sujeto el cual está en constante movimiento de un lugar a otro. Se aplicó a los padres la escala de medición Trastornos por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) validada en México; consta de 17 reactivos, los primeros nueve evalúan déficit de atención y 8 restantes hiperactividad – impulsividad (3.10 -3.17 ver anexo pag. 68). Un puntaje de 6 o más indica hiperactividad⁵³.

Indicador: si - no

Escala de Medición: cualitativa, nominal, dicotómica.

Número de Hijo

Definición Conceptual: De acuerdo al nacimiento el lugar que ocupa el hijo en la familia.

Definición Operacional: Se interrogó con en el cuestionario (2.10 ver anexo pag. 67) el lugar que ocupaba su hijo en la familia de acuerdo al nacimiento.

Indicador: Hijo único, mayor, medio, menor

Escala de Medición: nominal

Bajo rendimiento escolar

Definición Conceptual. Capacidad disminuida en el niño para adquirir conocimientos, realizar destrezas y socialización que se ve reflejada por la asignación numérica de una calificación.

Definición Operacional. Reprobación de un año o más años en la escuela o promedio de calificación de 7 o menos en los dos últimos años cursados.

Indicador: si - no

Escala de Medición; cualitativa, nominal dicotómica.

Características de los padres

Embarazo no deseado.

Definición Conceptual: Producto concebido en una pareja formal o informal sin haber sido deseado.

Definición Operacional: Que durante la aplicación de los instrumentos que exploren esta área por el psicólogo se aceptó el no haber deseado el embarazo.

Indicador: si- no

Escala de Medición: cualitativa, nominal dicotómica

Autoestima

Definición Conceptual: El grado en que los individuos tienen sentimientos positivos o negativos acerca de sí mismos y de su propio valor.

Es la abstracción que el individuo hace y desarrolla acerca de sus atributos, capacidades, objetos y actividades que posee o persigue; esta abstracción está representada por el símbolo "mi" que consiste en la idea que la persona posee sobre sí misma^{54,55}

Definición Operacional: Mediante la aplicación a los padres de una escala inventario de autoestima de COOPERSMITH⁵⁵ versión adulto, validada en México con alpha de Cronbach de .81. Evaluación de 25 reactivos (12.1 a 12.25 ver anexo pag. 76).

Indicador: 0-6 autoestima severamente disminuida, 7-13 baja autoestima, 14 –19 regular autoestima, 20 a 25 alta autoestima.

Escala de Medición: cualitativa ordinal.

Depresión:

Definición Conceptual: Desorden psicológico que incluye sentimientos intensos de tristeza, de desamparo, desesperanza y falta de energía.

Definición Operacional: Mediante la aplicación a los padres de la escala inventario de Beck^{56.57} validada en México; sensibilidad de 86 y especificidad de 86, alpha de Cronbach de .87 que consta de 21 preguntas de depresión (ver anexo pag. 71 a 73).

Indicador: Si-No. Se consideró deprimido aquel que tuvo 14 puntos o menos.

Escala de Medición: cualitativa nominal dicotómica.

Ansiedad:

Definición conceptual: Sentimientos displacenteros de tensión o pena experimentados por los individuos como reacción o deseos o impulsos inaceptables; incremento en la activación acompañada de sentimientos generalizados de temor o aprehensión⁵³.

Definición Operacional: La ansiedad se midió mediante la escala de Hamilton.⁵⁸ Este instrumento se encuentra traducido al español y ha sido validado ($r=.84$) y empleado en múltiples estudios; consta de 14 preguntas (5.1 a 5.14 ver anexo pag. 70) y cada reactivo se califica de 0 a 4 (0= Ausente, 1= Leve, 2= Moderada, 3= Grave, 4= Muy grave o incapacitante). La suma total es 64.

Indicadores:

50-64 ansiedad severa

39-49 ansiedad moderada

19 - 38 ansiedad leve

18 o menos ansiedad ausente

Escala de Medición: Cualitativa ordinal

Antecedentes de maltrato en su niñez

Definición Conceptual: Padres de los menores que enfrentaron y sufrieron ocasional o habitualmente, violencia física, ejecutada por actos de acción u omisión pero siempre en forma intencional no accidental por padres, tutores custodios o personas responsables de ellos.¹⁴

Definición Operacional: El que se le haya infringido castigo físico o psicológico por padres o encargados de su cuidado, en forma frecuente y repetida.

Se midió a través de 2 preguntas (8 a 9 ver anexo pag.75) en las cuales se interroga violencia en los padres y violencia en las abuelas materna y paterna por sus parejas, en una escala⁵⁹ de

(1 = nunca, 2= una o dos veces, 3= tres o más veces).

Indicador: 1 – no hay maltrato 2 -maltrato físico moderado 3 -maltrato físico severo

Escala de Medición: cualitativa ordinal

Alcoholismo

Definición Conceptual: Intoxicación por alcohol, que puede ser aguda, caracterizada por la embriaguez que es un trastorno temporal causado por el abuso de bebidas alcohólicas, o crónica que es un estado producido por el repetido y continuo abuso del alcohol⁵³.

Definición Operacional: Cuestionario de identificación de los trastornos debidos al consumo de alcohol(AUDIT)⁶⁰ desarrollado por la O.M.S. a partir de un estudio internacional mediante la aplicación de 150 ítems a una muestra representativa de enfermos que asistían a centros de salud en diferentes países. Es una escala tipo

Lickert auto- administrable que consta de 10 preguntas (13.1 a 13.10 ver anexo pag. 77 a 78). Esta nos permitió discriminar lo siguiente:

Indicador: 34 puntos que se calificaron como: consumo de riesgo (8 puntos en hombres y 6 en mujeres), dependencia (>8-20 puntos), uso perjudicial (más de 20 puntos).

Escala de Medición: cualitativa, ordinal

Características de la familia

Ingresos económicos

Definición Conceptual: Cantidad de dinero que obtiene una familia por el desempeño de sus actividades laborales.

Definición Operacional: Se midió con el ingreso *per cápita* familiar.

Escala de Medición: cualitativa, nominal dicotómica

Desempleo

Definición Conceptual: No desempeño de actividades remuneradas que permitan al individuo satisfacer sus necesidades⁶¹.

Definición Operacional: nula actividad laboral remunerada durante el último mes del jefe de familia.

Indicador: si-no

Escala de Medición: cualitativa, nominal dicotómica

Nivel Socioeconómico.

Definición Conceptual: El lugar que ocupa una familia en la sociedad y que está condicionado por sus ingresos económicos y las condiciones de la vivienda representando una dignificación social y familiar⁶¹.

Definición Operacional: Se midió con el índice de nivel socioeconómico (INSE), que es un índice validado que incluye la combinación de 6 variables indicadores: material de piso de la vivienda, disponibilidad de agua potable, forma de eliminación de excretas, número de personas en la vivienda, número de cuartos, escolaridad del padre de familia. Para la calificación del nivel socioeconómico se incluyen dos etapas: primero se califican las condiciones de la vivienda en 3 categorías (bueno, regular, malo) de acuerdo siguientes variables: número de personas por cuarto, material del piso, disponibilidad del agua potable y eliminación de excretas se construyó el índice de condición de vivienda. Posteriormente se combinan las categorías de las condiciones de vivienda con el nivel de escolaridad del jefe de familia para obtener la calificación final. Este índice ha sido publicado y los procedimientos detallados se describen por el autor.⁶²

Indicador: Bueno, regular, malo.

Escala de medición: cualitativa ordinal

Mala relación de pareja

Definición Conceptual: Considerada como poca o nula tolerancia entre dos personas que viven bajo el mismo techo, casados o en unión libre que pierden el respeto y su individualidad y que se manifiesta por agresiones verbales llegando a los golpes; se puede presentar en forma crónica o aguda.

Definición Operacional: Mediante una escala de funcionalidad de la familia ya traducida al español,⁵⁸ se midió la relación de pareja mediante la resolución de conflictos, integrada por 12 preguntas (de la 7.1 a 7.12 ver anexo pag. 74) que miden abuso psicológico, maltrato económico, infidelidad, maltrato físico, abuso sexual y que las respuestas son nunca, 1 o 2 veces, tres o más veces.

En la que se incluyó la evaluación psicológica y se dio una calificación de 12 buena relación de pareja de 13 – 36 regular 37 o más mala relación de pareja.

Indicador: Buena, regular, Mala.

Escala de Medición: cualitativa Ordinal

Padrastr o Madrastra

Definición Conceptual: individuo que no aporta el espermatozoide o el óvulo para la génesis de un nuevo ser con la finalidad de perpetuar la especie.

Definición Operacional: La aceptación de ser padrastr o madrastra

Indicador: si o no

Escala de Medición; cualitativa, nominal dicotómica

Antecedentes de maltrato en la abuela materna o paterna por su pareja.

Definición Conceptual: se refiere a todas aquellas acciones violentas que dañan la integridad física de las personas. Por lo general, es un maltrato visible.

Definición Operacional: La medición se realizó a través de 2 preguntas (10 a 11 ver anexo pag. 75) incluidas en el cuestionario se interrogó en la entrevista las respuestas eran (1 = nunca, 2= una o dos veces, 3= tres o más veces).

Indicador: 1 – no hay maltrato 2 -maltrato físico moderado 3 -maltrato físico severo

Escala de Medición; cualitativa ordinal

Relación del padre con el hijo.

Definición Conceptual: El sentimiento de pertenencia de una madre y un padre con su hijo y la manera como se expresa están influenciados por sus experiencias personales durante la infancia y la relación que hayan tenido con sus propios padres.

Definición Operacional: se midió a través del cuestionario de una pregunta (14.5 ver anexo pag. 79) directa en la entrevista y el aceptar por el padre cómo se relaciona con su hijo

Indicador: Buena, regular, mala

Escala de Medición; cualitativa, ordinal

Religión.

Definición Conceptual: Desde el punto de vista etimológico es el conjunto de acciones encaminadas a "volver a atar" a la humanidad después de haberse soltado de la Naturaleza, Doctrina que tiene el ser humano para explicar su existencia en esta tierra.

Definición Operacional: se midió a través del cuestionario (16 ver anexo pag. 80), de una pregunta directa en la entrevista.

Indicador: Católica,

Escala de Medición; cualitativa, ordinal

Familia

Definición Conceptual: Es un grupo de personas unidas por lazos de parentesco, matrimonio o adopción que viven en un mismo espacio geográfico y que establecen determinado nivel de relaciones afectivas.

Definición Operacional: se midió a través del cuestionario de una pregunta(15.8 ver anexo pag. 80) directa en la entrevista.

Nuclear: formada por dos individuos de distintos sexos y sus hijos convivientes en el mismo domicilio.

Extensa formada por padre, madre e hijos y otros miembros que comparten lazos consanguíneos de adopción o afinidad.

Extensa compuesta: Además de los que incluyen a la familia extensa, se agregan miembros sin ningún nexo legal como es el caso de amigos y compadres.

Indicador: Nuclear, Extensa, Extensa Compuesta.

Escala de Medición; Cualitativa Nominal.

SELECCIÓN E INTEGRACIÓN DE LOS INSTRUMENTOS (ya definidos en las variables):

Se realizó la integración del instrumento con el total de escalas para evaluar las variables del estudio. El procedimiento fue mediante la revisión amplia y exhaustiva de la literatura, con la finalidad de identificar las escalas existentes, que hubieran sido validadas en nuestro país, que fueran cortas y que se pudieran aplicar por un grupo multidisciplinario de salud y no solo por los psicólogos, dado que no todos los hospitales de urgencias cuentan con este personal. Después de la revisión se integró el instrumento con las escalas que cumplieran con los requisitos previamente establecidos en las diferentes esferas que se pretendía evaluar.

En una primera fase se identificaron las escalas existentes, como puede observarse en el cuadro siguiente:

Esfera	Nombre de las escalas
Hiperactividad con déficit de atención	TDAH, Hiperkinetic Rating Scale, Inventario para maestros de Quay y Peterson
Alcoholismo	CAGE, AUDIT, MAST, MALT, CBA
Depresión	Carroll, Hamilton, Zung, Beck (EDB) y la Escala de Calgary
Ansiedad	MMPI (el Inventario de Minesota), AMT (Escala de ansiedad Manifiesta de Taylor) ERAS (ansiedad de estado y de rasgo) HAM-A (escala de ansiedad de Hamilton)
Autoestima	Coopersmith
Relación de pareja	E.F.F (escala de estilos de funcionamiento familiar), C.A.F (escala de cohesión y adaptación familiar), APGAR FAMILIAR y escala World SAFE
Nivel socioeconómico	Índice de nivel socioeconómico (INSE).

Dichos instrumentos fueron presentados a un grupo de expertos formado por 4 médicos pediatras, 4 psiquiatras y 4 psicólogos de diferentes centros: C.A.I.N.M. del INP, Servicio de Salud Mental, Hospital de Pediatría, CMN SIGLO XXI IMSS, y Centro de Atención Psicoterapéutico para Mamás (CAPSIM). Se solicitó a cada uno de ellos que a cada escala le fuera asignada una calificación del 1 al 10, y se pidió que si consideraban conveniente el uso de alguna otra la incluyeran en el mismo. Después de la primera evaluación se integró el instrumento de medición con las escalas que mayor puntuación obtuvieron y considerando las observaciones emitidas por los expertos se hicieron correcciones en algunas de las preguntas y en las instrucciones para el llenado. El instrumento final, que incluyó las escalas seleccionadas, quedó constituido por las siguientes: para medir

hiperactividad con déficit de atención TDAH⁵³, alcoholismo en los padres AUDIT⁶⁰, depresión Beck^{56,57}, ansiedad Hamilton⁵⁸, autoestima Coopersmith⁵⁵, relación de pareja World Safe⁵⁹, nivel socioeconómico INSE⁶².

ESTUDIO PILOTO

Se realizó un estudio piloto para evaluar la aplicabilidad de los instrumentos, el tiempo de duración de la entrevista y la consistencia intra-observador.

En la aplicación del instrumento se tomaron 3 casos con maltrato y tres sin maltrato y se analizó el tiempo del llenado y el grado de dificultad de las preguntas, lo que permitió que se modificaran algunas preguntas que no estaban claras, como fueron los antecedentes de los niños con respecto a sus enfermedades, el tipo de vivienda y el tipo de familia. Con la finalidad de poder tener un control de calidad de los datos se midió la variabilidad inter-observador tomando como referencia a la psicóloga experta de la clínica de maltrato infantil. Se obtuvo una variabilidad inter-observador con una kappa de 0.84 considerándose una calificación aceptable. Durante todo el proceso de aplicación del instrumento la calidad del mismo estuvo a cargo del investigador responsable cotejando los resultados obtenidos del instrumento con los que se aplicaban en la C.A.I.N.M .

DESCRIPCIÓN DEL ESTUDIO

Se tomaron los casos con diagnóstico reciente de maltrato físico severo que acudían a la Clínica de Atención Integral al Niño Maltrato del Instituto Nacional de Pediatría y que reunían los criterios de inclusión. Al responsable del menor que lo acompañaba a la consulta (padre, madre u otro familiar) se le invitó a participar en el estudio. En caso de que el acompañante no fuera uno de los padres, se estableció comunicación con alguno de ellos y se concertó cita para la entrevista para ambos padres. Cuando la entrevista para ambos no fue posible se obtuvo la información al menos de uno de ellos. Se dio una explicación amplia y clara de la importancia de su cooperación para disminuir el problema de maltrato físico tanto

en su familia como en general, con el fin de facilitar la comunicación previamente a la entrevista.

Se obtuvo su aceptación mediante carta de consentimiento informado. La información correspondiente al menor se obtuvo de quien fue responsable del niño durante más tiempo desde su nacimiento. La información relacionada con los padres se obtuvo de ambos cuando existió esta posibilidad. Dado que algunos instrumentos miden variables complejas como autoestima, depresión, ansiedad, alcoholismo, la aplicación de los mismos se realizó por un psicólogo el cual pertenecía a la clínica de C.A.I.N.M; los instrumentos en los que solo se requería el llenado fueron aplicados por una enfermera la cual fue previamente capacitada. La calidad de la entrevista fue evaluada permanentemente por el investigador responsable.

Los controles se seleccionaron del servicio de urgencias entre aquellos que tenían diagnóstico de traumatismo y edad similar al caso mediante el siguiente procedimiento: posterior a la identificación de un caso se seleccionaron 2 controles del servicio de urgencias entre los menores que reunían los criterios de inclusión de los controles; se efectuó aleatorización entre el número de menores que acudieron el mismo día al servicio de urgencia para seleccionar al control adecuado.

Tanto el psicólogo como la enfermera estuvieron cegados al tipo de paciente; para lograr esto, la entrevista se realizó en el C.A.I.N.M. La entrevista se solicitó a los responsables del menor y se pidió que el llenado de los instrumentos fuera sin la presencia del mismo. Para la identificación objetiva de las condiciones de vida de la familia se realizó una visita domiciliaria en la que se efectuó la evaluación de las condiciones socioeconómicas y se realizó el familiograma; asimismo se completó la información faltante en la entrevista.

ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Se efectuó estadística descriptiva para las variables de estudio y caracterización de la muestra, mediante la obtención de frecuencias y porcentajes, con la finalidad de observar el comportamiento de las variables generales. Se calculó razón de momios cruda y ajustada para el control de variables confusoras con intervalo de confianza al 90%. Se evaluó interacción de variables seleccionadas y colinearidad. Las variables que mostraron significancia estadística o aquéllas conceptualmente relevantes se clasificaron en tres grupos: variables del niño, variables de los padres y variables de la familia. Con las variables cada grupo se realizó un análisis de regresión logística no condicionada para obtener el mejor modelo explicativo de maltrato al niño en cada dimensión de variable. Por último, de las variables que integraron cada modelo, se efectuó un modelaje global para obtener el modelo final. Tanto en los modelos individuales como en el modelo final se realizó la evaluación de bondad de ajuste.

RECURSOS MATERIALES Y PERSONALES:

Recursos humanos: Investigador responsable, dos encuestadoras, un psicólogo, y un capturista.

Recursos materiales: Computadora, impresora y consumibles.

ASPECTOS ÉTICOS

Aunque este trabajo es un estudio observacional, debido a que el maltrato físico se relaciona con la esfera emocional, se solicitó consentimiento informado por escrito y los familiares en quienes se detectó alguna alteración en la esfera emocional se canalizaron al servicio correspondiente para su atención. La información fue confidencial y anónima. El proyecto se sometió y fue aprobado por la Comisión Nacional de Investigación del IMSS y a la Comisión de Investigación del INP.

RESULTADOS

Los resultados se presentan en tres diferentes etapas: la primera que describe las características generales del menor de 18 años, las características generales de los padres y las características de la familia. La segunda etapa consiste en el análisis bivariado de las variables descritas en la primera etapa; finalmente, en la tercera etapa se presentan los resultados de la regresión logística múltiple para los modelos individuales y final.

En este estudio no se tuvieron pérdidas en los casos dado que los familiares ya se habían sensibilizado previamente en la clínica de atención del niño maltratado y por lo tanto se tuvo la aceptación del 100% con casos de reciente diagnóstico siendo población cautiva del Hospital.

En los controles la participación también fue al 100 % ya que el grupo multidisciplinario de salud de CAINM sensibilizó a los familiares para su participación en el estudio.

Características generales de los menores de 18 años

Se estudiaron 36 casos y 74 controles. En la tabla 1 se puede observar que en las características generales de los niños hay predominio del sexo masculino en los casos (72.97%) y en los controles el sexo femenino (66.21%). La edad se distribuyó como sigue: el 45 % de los casos y 70.3% de los controles fueron niños menores de 8 años; el porcentaje más bajo se encontró en ambos grupos en los menores de un año (5.40%). Con respecto al diagnóstico con el que ingresaron al servicio de urgencias el traumatismo craneoencefálico leve fue mayor en los controles siendo de 35.13% y el traumatismo severo fue mayor en los casos (18.91%).

Tabla 1. Características generales de los niños

Niño	CASOS n=37 n(%)	CONTROLES n=74 n(%)	TOTAL n=111 n(%)
Sexo			
Femenino	10(27.02)	49(66.22)	59(44.14)
Masculino	27(72.97)	25(33.78)	52(46.89)
Edad			
< 1	2(5.40)	4(5.40)	6(5.40)
1-4	13(35.13)	26(35.13)	39(35.15)
5-8	11(29.72)	22(29.72)	33(29.72)
9-12	7(18.91)	14(18.91)	21(18.91)
13-18	4(10.81)	8 (10.81)	12(10.81)
Diagnóstico			
TCE Leve	9(24.32)	26(35.13)	35(31.53)
TCE Moderado	7(18.91)	14(18.91)	21(18.91)
TCE Severo	7(18.91)	10(13.51)	17(15.31)
Fracturas	6(16.21)	19(25.67)	25(22.52)
*Síndrome del niño maltratado	5(13.51)	-----	5(4.50)
Policontundido	3(8.10)	5(6.75)	8(7.2)

*Referidos de otros hospitales con este diagnóstico.

Características generales de los padres

En la tabla 2 se muestran las características de los padres: la edad del padre que predominó fue en la categoría de 28 a 37 años, con más de una tercera parte de la muestra tanto en los casos como en los controles; la edad de la madre que predominó fue la comprendida entre 17 a 37 años (86.48%) en los casos y 75.66% en los controles. La escolaridad de los padres fue muy similar tanto en casos como en controles, y predominó la primaria terminada en la mitad de ellos; este dato contrasta con la escolaridad de las madres, que fue calificada como buena en más de la mitad de ellas, sin diferencia entre los grupos.

Tabla 2. Características del padre

PADRES	CASOS	CONTROLES	TOTAL
	(n=37) n (%)	(n=74) n (%)	(n=111) n (%)
Edad del Padre			
17-27	8 (21.62)	15 (20.28)	22 (16.21)
28-37	13 (35.14)	32 (40.25)	45 (40.54)
38-47	7 (18.91)	21 (28.37)	28 (25.22)
48-57	4 (10.81)	3 (4.05)	7 (6.31)
58-67	5 (13.52)	3 (4.05)	14 (7.22)
Escolaridad del padre			
Buena	27 (6.22)	12 (16.22)	18 (16.22)
Regular	16 (43.24)	35 (47.30)	51 (45.95)
Mala	11 (29.74)	23 (31.07)	34 (30.63)
Se desconoce	4 (10.81)	4 (5.41)	8 (7.20)
Edad de la Madre			
17-27	15 (40.54)	20 (27.02)	35 (31.53)
28-37	17 (45.94)	36 (48.65)	53 (47.74)
38-47	5 (13.52)	17 (22.98)	22 (19.83)
48-57	---	---	---
58-67	---	1 (1.35)	1 (0.90)
Escolaridad de la madre			
Buena	21 (56.76)	42 (56.76)	63 (56.76)
Regular	6 (16.21)	7 (9.46)	13 (11.71)
Mala	10 (27.03)	25 (33.78)	35 (31.53)

Con respecto a las características sociales de ambos padres (Tabla 2a), el estado civil más frecuente en los padres de los casos fue la unión libre (45.94%) seguido de las madres solteras (18.91%), mientras que en los controles el que mayor porcentaje mostró fue el de casados (51.35%) seguido de la unión libre (37.78%). La religión se comportó muy similar en ambos grupos, predominando la católica, en los casos fue de 91.98% y en los controles de 87.94%. Con respecto a la agresión de los adultos a los menores el comportamiento fue el siguiente: quien más agredió fue la madre (21.6%), seguida del padre (5.4%), por ambos (3.6%), por padrastro o madrastra (2.7%). En todos los casos se pudo corroborar maltrato físico severo, ya que los padres contestaron en forma afirmativa en la entrevista que maltrataban físicamente a los hijos y quién fue el que lo maltrataba.

Tabla 2 a Características sociales de ambos padres.

PADRES	CASOS	CONTROLES	TOTAL
	n=37 n (%)	n=74 n (%)	n=111 n (%)
Estado Civil			
Casada	12 (32.43)	38 (51.35)	50 (45.05)
Unión libre	17 (45.94)	25 (33.78)	42 (37.84)
Padres solos	8 (21.63)	11 (14.87)	19 (17.11)
Religión de los padres			
Católica	34 (91.89)	65 (87.94)	99 (89.18)
Cristiana	1 (2.70)	3 (4.06)	4 (3.61)
Evangélica	---	2 (2.70)	2 (1.81)
Testigo de Jehová	---	1 (1.35)	1 (0.90)
Ninguna religión	2 (5.41)	3 (4.05)	5 (4.50)
Agresor			
Madre	24 (21.6)	---	24 (21.6)
Padre	6 (5.4)	---	6 (5.4)
Padrastro o Madrastra	3 (2.7)	---	3 (2.7)
Padre y Madre	4 (3.6)	---	4 (3.6)

Características de la familia

En la tabla 3 se representan las variables de la familia; se encontró que la relación del padre con el hijo en los controles fue buena en tres cuartas partes de la muestra, mientras que en los casos lo fue en menos de la mitad. En cuanto al índice de nivel socioeconómico no se encontraron diferencias ya que en ambos grupos la distribución fue muy similar predominando el nivel bajo en ambos grupos (37.83% en los casos y 36.46% en los controles). El tipo de familia que predominó fue la nuclear siendo en los casos de 72.98% y en los controles de 78.3% seguida por extensa.

Tabla 3 Características de la familia.

Variable	CASOS n=37 n (%)	CONTROLES n=74 n (%)	TOTAL n=111 n (%)
Relación del padre con el hijo			
Buena	17 (45.95)	56 (75.68)	73 (65.76)
Regular	8 (21.61)	12 (16.22)	20 (18.02)
Mala	6 (16.22)	3 (4.05)	9 (8.11)
No convive con el padre	6 (16.22)	3 (4.05)	9 (8.11)
INSE(Índice de nivel socioeconómico)			
Buena	13 (35.13)	24 (32.47)	37 (33.33)
Regular	10 (27.02)	23 (31.08)	33 (29.72)
Mala	14 (37.85)	27 (36.45)	41 (36.95)
Tipo de Familia			
Nuclear	27 (72.98)	58 (78.38)	85 (76.58)
Extensa	6 (16.21)	15 (20.27)	21 (18.92)
Compuesta	4 (10.81)	1 (1.35)	5 (4.50)

Variables del menor (análisis bivariado)

El análisis bivariado se reportaron los siguientes resultados (tabla 4): Las variables del niño que resultaron significativas fueron: crianza difícil (RM 4.36 IC 95% 1.75 - 10.87), hijo no deseado (RM 2.9 IC 95% 1.3 - 6.6), hijo único (RM 2.37 IC95% .88 -6.34).

Tabla 4. Variables de los niños para maltrato.
Análisis bivariado.

Variable	Casos n=37 n (%)	Controles n=74 n (%)	Razón de Momios	Intervalo de confianza 95%	p
Crianza difícil	16 (43.3)	11 (14.8)	4.36	1.75-10.87	0.001
Hijo no deseado	22 (56)	25 (33.8)	2.9	1.3 - 6.6	0.001
Hijo único	10 (27)	10 (13.5)	2.37	0.88 -6.34	0.086

En la tabla 4 a se esquematizan los resultados obtenidos en el análisis bivariado en las variables de los niños relacionadas con problemas de salud. Las variables significativas fueron: problemas para oír y hablar (RM 3.4 IC 95% 1.26 - 9.65), problemas de aprendizaje o retraso mental (RM3.12 IC 95% .99 - 9.81), problemas de conducta o emocionales (RM 3.46 IC 95% 1.34-8.95), hiperactividad con déficit de atención (RM 8.40 IC 95% 3.31 –21.30).

Tabla 4a. Variables de los niños para maltrato: problemas de salud.
Análisis bivariado.

Variable	Casos n=37 n (%)	Controles n=74 n (%)	Razón de Momios	Intervalo de Confianza 95%	p
Problemas para oír y hablar	11 (29.7)	8 (10.8)	3.49	1.26 –9.65	0.013
Problemas de Conducta o emocionales	13 (35.1)	10 (13.5)	3.46	1.34 -- 8.95	0.010
Problemas de aprendizaje y o retardo mental.	8 (21.6)	6 (8.1)	3.12	0.99-9.81	0.043
Hiperactividad con déficit de Atención	21 (56.7)	10 (13.5)	8.40	3.31-21.30	0.000

Variables de los padres (análisis bivariado)

En las variables de los padres las variables que resultaron significativas fueron: maltrato físico en la infancia de la madre (RM 4.66 IC 95% 2.00 – 10.82), maltrato físico en la infancia del padre (RM 3.07 IC 95% 1.22- 7.69), alcoholismo en el padre (RM 4.33 IC95% 1.15 –16.26), autoestima baja (RM 8.44 IC95% 2.71 –26.27), depresión y ansiedad en los padres (RM 4.79 IC95% 1.92– 11.91).

Tabla 5. Antecedentes de maltrato en la infancia de los padres. Análisis bivariado

Variable	Casos n=37 n (%)	Controles n=74 n (%)	Razón de momios	Intervalo de Confianza 95%	p
Maltrato físico a la madre en la infancia	24 (64.9)	21 (28.4)	4.65	2.00-10.82	0.001
Maltrato físico al padre en la infancia	16 (44.4)	16 (21.6)	3.07	1.22-7.69	0.029
Autoestima en la madre Baja	36(97.3)	32 (43.2)	8.44	2.71 -26.27	0.000
Ansiedad y Depresión en la madre	17(45.9)	11 (14.9)	4.79	1.92-11.91	0.001
Alcoholismo en el Padre	8 (21.6)	6 (8.1)	4.33	1.15-16.26	0.008

Variables de la familia (análisis bivariado)

En el análisis bivariado (Tabla 6) las variables significativas de la familia fueron: maltrato físico en la madre por su pareja (RM 2.53 IC 95% 1.09 –5.84), abuso sexual (RM 2.85 IC 95% .87-9.27), golpes a la madre por el padre en presencia de los hijos (RM 1.18 IC 95% .31- 4.39), madre soltera (RM 3.22 IC95% .94- 10.96), relación del padre con el hijo (RM 5.40 IC 95% 1.26 – 23.41), maltrato físico por su pareja en la abuela materna (RM 2.17 IC95% .97- 4.85), convivir con padrastro o madrastra (RM 8.40 IC95% 3.31 - 21.30).

Tabla 6. Variables de la Familia para maltrato en niños. Análisis bivariado

Variable	Casos n =37 n (%)	Controles n =74 n (%)	Razón de Momics	Intervalo de confianza 95%	p
Maltrato físico a la madre por su pareja	19 (51.4)	48 (64.9)	2.53	1.09-5.84	0.069
Abuso Sexual	7 (18.9)	6 (8.1)	2.85	0.77-10.76	0.081
Madre soltera	7 (18.9)	5 (6.8)	3.22	0.94-10.96	0.061
Relación con el hijo Mala	6 (16.2)	3 (4.1)	5.44	1.26 - 23.41	0.023
Maltrato físico a la abuela materna por su pareja	20 (54.1)	26 (35.1)	2.17	0.97-4.85	0.090
Convivir con padrastro o madrastra	21 (56.8)	10 (13.5)	8.40	3.31- 21.30	0.001

Modelos de regresión logística múltiple

En las variables del menor, se encontró alta colinearidad en problemas de conducta o emocionales con problemas de aprendizaje y o retardo mental con un índice de correlación de Pearson de .609, así también como hiperactividad con déficit de atención y problemas de conducta o emocionales con un índice de correlación de Pearson de .524. Por esta razón, en estas variables se seleccionaron para el modelaje hiperactividad con déficit de atención, en el cual se podían englobar las anteriores ya que la escala mide también estas variables. El modelo final se integró con 3 variables: hiperactividad con déficit de atención, hijo único y crianza difícil (tabla 7).

Tabla 7 Modelo individual de regresión logística múltiple del menor de 18 años con maltrato físico severo

Variable	Razón de Momios	Intervalo de confianza al 95 %	P
Hiperactividad con déficit de atención	7.34	2.64 - 20.37	0.000
Hijo único	3.33	1.07 - 10.40	0.038
Crianza difícil	2.40	0.83 – 6.97	0.105

Controlado por problemas; del aprendizaje o retardo mental, conducta o emocionales y limitaciones del lenguaje o auditivas.

El modelo de regresión logística múltiple de los padres del menor de 18 años se presenta en la tabla 7 a. El modelo inicial se integró por 8 variables, se encontró que las variables que tenían alta colinearidad fueron: depresión y ansiedad con correlación de .0659, por lo que se decidió dejar para el análisis la variable ansiedad, ya que la escala utilizada contiene un componente de depresión. El modelo final incluyó 6 variables: edad del padre mayor de 40 años, edad de la madre menor de 20, ansiedad en la madre, autoestima baja en la madre, y maltrato físico en el padre en la infancia.

Tabla 7 a. Modelo individual de regresión logística múltiple de los padres del menor de 18 años con maltrato físico severo.

Variable	Razón de Momios	Intervalo de confianza al 95 %	p
Edad del padre mayor de 40 años	11.48	1.68 -78.40	0.013
Edad de la madre menor de 20 años	8.45	0.65 -108.44	0.101
Maltrato físico a la madre en la infancia	7.79	1.92 - 31.63	0.004
Ansiedad en la madre	3.86	0.79 - 18.83	0.094
Autoestima baja en la madre	3.58	0.70 – 18.17	0.123
Maltrato físico al padre en la infancia	3.40	0.80 -14.44	0.097
Controlados por embarazo no deseado y alcoholismo en el padre.			

El modelo de regresión logística múltiple de las variables de la familia del menor de 18 años se presenta en la tabla 7 b. Las variables que estuvieron incluidas en este modelo fueron 7: maltrato físico a la abuela materna por su pareja, maltrato físico a la madre por su pareja, abuso sexual a la madre por su pareja, golpes a la madre por su pareja en presencia de los hijos, madre soltera, convivir con padrastro o madrastra, relación del padre con el hijo. Se encontró alta colinearidad de las variables antecedentes de maltrato físico en la madre por su pareja y golpes a la madre por su pareja en presencia de los hijos; el índice de correlación fue de .6412 y se decidió dejar la variable de maltrato físico a la madre por su pareja. El modelo final incluyó solo tres variables: convivir con padrastro o madrastra, maltrato físico a la madre por su pareja y maltrato físico a la abuela materna por su pareja.

Tabla 7 b. Modelo individual de regresión logística múltiple de la familia de los menores de 18 años con maltrato físico severo.

Variable	Razón de Momios	Intervalo de confianza al 95 %	p
Convivir con padrastro o madrastra	7.96	1.78 – 35.50	0.006
Maltrato físico a la madre por su pareja	2.51	0.97 – 6.49	0.056
Maltrato físico a la abuela materna por su pareja	2.49	0.95 -6.53	0.062

Controlado por madre soltera, golpes en presencia de los hijos, relación del padre con el hijo, abuso sexual a la madre por su pareja.

El modelaje final de regresión logística múltiple, incluyó 12 covariables: crianza difícil de los hijos, hiperactividad con déficit de atención, hijo único, antecedentes de maltrato en la infancia de la madre, antecedentes de maltrato en la infancia del padre, autoestima baja en la madre, ansiedad en la madre, edad de la madre menor de 20 años, edad del padre mayor de 40, maltrato físico a la abuela materna por su pareja, maltrato físico a la madre por su pareja. El modelo global final quedó integrado por solo 5 variables que explican el maltrato físico severo en el menor de 18 años y que a continuación se citan: Antecedentes de maltrato a la madre en la niñez, crianza difícil de los hijos, convivir con padrastro o madrastra, autoestima baja en el hijo, y el ser hijo único.

Tabla 8. Modelo final de regresión logística múltiple para el niño con maltrato físico severo

Variable	Razón de Momios	Intervalo de confianza al 95 %	P
Antecedentes de maltrato a la madre en la niñez.	14.91	3.41- 65.13	0.000
Crianza Difícil de los hijos	13.05	2.76 - 61.55	0.001
Convivir con Padrastro o Madrastra	6.27	1.07 - 36.69	0.042
Autoestima baja en la madre	5.93	1.28 - 27.51	0.023
Hijo Único	4.69	0.74 - 29.64	0.100

Controlado por hiperactividad con déficit de atención, ansiedad en la madre, edad de la madre menor de 20 años, edad del padre mayor de 40, antecedentes de maltrato en la infancia del padre, antecedentes de maltrato físico por su pareja en la abuela materna, maltrato físico a la madre por su pareja.

DISCUSIÓN

Para la discusión de este trabajo, se abordarán primero los aspectos metodológicos que consideramos relevantes y posteriormente se efectuará la interpretación de los resultados del estudio.

Aspectos metodológicos.

5. **Definición de maltrato.** Una de las principales problemáticas que nos enfrentamos al realizar el estudio fue que existían múltiples definiciones de maltrato lo cual hacía que el acercamiento a este fenómeno fuera muy complejo, por lo que fue necesario basarnos en una definición que se acercara lo más posible a nuestra realidad y que nos permitiera tener un acercamiento integral y preciso de este fenómeno y además, que estuviera ya revisada, discutida, analizada para que pudiera tener un sustento teórico. Se decidió que la definición que mejor cumplía estos requisitos fue la definición emitida por el grupo de expertos del INP.

El análisis realizado permitió que cada uno de los conceptos fuera cuidadosamente discutido y se extrajo el conocimiento de las definiciones, que a su vez permitió estructurar la definición que fue utilizada y que incorpora los aspectos generales del fenómeno y además involucra a la sociedad en general como responsable de la prevención y por ende de la erradicación del fenómeno.¹⁰

Tipo de maltrato analizado. Para este estudio solo se incluyó maltrato severo y exclusivamente la dimensión de maltrato físico, con el fin de establecer una categoría bien definida y evitar mala clasificación. El punto de corte para definir maltrato físico es difícil, ya que la transición de la disciplina al maltrato puede cambiar de diversas maneras en contextos socioculturales diferentes, así también es diferente según la edad del niño, y en nuestro contexto predomina un patrón de crianza transmitido por generaciones que se caracteriza por rasgos de dependencia en comportamientos rígidos y autoritarios que constituyen el estilo de

vida con un ciclo de violencia culturalmente determinado. Para los padres maltratadores encontrar el punto medio entre el límite de la disciplina y el maltrato es complicado, ya que el maltrato físico es visto como una disciplina parental, perdiéndose en la realidad interpersonal y social con el hijo.

Algunos investigadores ya han señalado que una de las limitantes en estos estudios es el abordar los diferentes tipos de maltrato en forma separada y no en forma integral. Sin embargo, los factores que intervienen son diferentes en los diversos tipos de maltrato y la forma para abordarlos debe de ser de igual manera diferente desde el punto de vista metodológico.

Casos y controles hospitalarios. Uno de los problemas a los cuales nos enfrentamos fue que se tomaron los casos y los controles hospitalarios, por lo que no se puede asumir que la muestra fuera representativa de la población general. Sin embargo, esta decisión permitió tener mayores elementos para clasificar adecuadamente a los casos, con el apoyo del personal de la clínica encargada del maltrato en menor que detecta en forma permanente casos sospechosos de maltrato, que se analizan en forma integral por el equipo multidisciplinario de expertos ya mencionado. Por otro lado, es necesario aceptar que es extremadamente difícil la identificación de los casos a través de la notificación de la familia, quien habitualmente no denuncia el maltrato por temor a enfrentarse con el agresor. Otra situación que afecta la identificación es la falta de notificación de los profesionales de la salud, por desconocimiento del fenómeno o por el temor de verse involucrados en procesos legales. Con respecto a los controles, si bien el seleccionar a los niños en el servicio de urgencias constituye una limitación, se tuvo la ventaja de poder realizar una evaluación integral por el grupo multidisciplinario de salud que nos permitió clasificarlos con los mismos criterios que fueron aplicados en los casos, por lo consideramos que la probabilidad de mala clasificación fue menor que si se hubiera realizado una evaluación en sus domicilios.

Instrumentos de obtención y medición de la información. Un elemento que consideramos proporcionó fortaleza a la información fue la utilización de instrumentos validados aplicables a la población de niños mexicanos y que pueden ser usados e interpretados por cualquier integrante de un grupo multidisciplinario de salud previamente capacitado, evitando de esta manera los instrumentos complejos difíciles de aplicar y de interpretar. Por ejemplo, para evaluar depresión, que es un aspecto relevante para ser estudiado en este tema, se utilizó la escala de Beck, que cuenta con una sensibilidad y especificidad elevadas, cuya aplicación no requiere de un tiempo prolongado y que es sencillo de calificar⁵⁶. El cuestionario de Coopersmith⁵⁵ que mide autoestima, además de tener las mismas ventajas referidas para la escala de Beck, dadas las características de los reactivos, que para calificarse requieren conocer los códigos de las respuestas, hacen difícil una interpretación sesgada del entrevistador o del entrevistado.

Análisis en la comunidad. Visitas a las familias y observación de sus condiciones de vivienda. Invariablemente, trabajar con un grupo multidisciplinario de expertos en maltrato nos facilitó el abordaje de las familias dado que hablar de este tema es siempre incómodo y la mayoría de las veces es evadido, negado o en otras condiciones favorece la deserción del paciente del hospital. La experiencia en el diagnóstico, la suspicacia para la detección de los casos y seguimiento de los mismos, fue una de las principales contribuciones del grupo multidisciplinario que participó en el trabajo, ya que el diagnosticar maltrato físico en el menor requiere de tiempo y el respaldo de un equipo de salud con experiencia en el área. El trabajo en la comunidad siempre es enriquecedor, y nos permitió la observación del entorno de las familias en estudio y nos confrontó con su realidad, lo que permitió comprobar la veracidad de algunas de las respuestas y también nos permitió completar las que quedaban inconclusas.

Limitaciones de la metodología de la entrevista. En este trabajo, como ha ocurrido en otros estudios, el instrumento en la mayoría de las ocasiones solo pudo ser aplicado a un padre; en su mayoría fue la madre quien pudo ser interrogada,

dadas las características de nuestra población, donde es la mujer la que acude a la consulta con los hijos, la que los acompaña a la escuela y acude a las juntas de padres. Un supuesto en el que se basan todas las entrevistas, es que las respuestas son verídicas, lo que tiene que ser considerado y tomar los resultados con la cautela necesaria, dado que la información con la que contamos corresponde a un sólo punto de vista y no podemos asegurar que corresponda a la realidad; sin embargo, el abordaje de este tipo de problemas hace de la entrevista un valioso y único instrumento para obtener la información, ya que es imposible tener la observación directa de fenómenos tan complejos como el analizado.

Interpretación de los resultados

Variables incluidas en el modelo final

Antecedentes de maltrato en la infancia de la madre. La mayor parte de los estudios realizados han referido el hecho de que el padre que maltrata a su hijo estuvo expuesto en su infancia a una situación de abuso severo o algún tipo de carencia paterna, que han dejado profundas huellas en su inconsciente, siendo determinantes en la identificación adquirida de sus padres.^{15,17,18,28,29 63,64,65,66,67,68,69} El esquema estructural de los padres maltratadores, es construido sobre el grupo familiar de origen en su continua interdependencia dentro de su formación social. Las reacciones de los padres hacia los niños estarán influenciadas por el desarrollo de su propia infancia dentro de una ubicación social, en la cual aprendieron precisamente cómo ser padres. La forma en como sus propios padres los recibieron al nacer, es como la relación ha sido grabada, construyendo sus juicios valorativos a través de la concordancia hacia aquello que la cultura ha valorado y aceptado. En nuestro estudio esta variable, referida solo a la madre, se encontró como el principal factor que se asoció a maltrato físico severo.

Problemas para oír y ver. Esta variable, también fuertemente asociada a maltrato severo, puede considerarse un indicador de rechazo hacia el niño con alguna patología o condición desfavorable. Cada vez que nace y crece un niño los padres la familia y los amigos tienen una serie de expectativas con respecto a este niño,

cuando el no las cumple ya sea porque no puede por presentar una enfermedad o porque sus intereses son otros, este es grave riesgo de ser maltratado la diferencia entre lo que esperábamos y lo que resulto incluye el sexo del niño.⁷⁰ Los problemas que surgen como resultado del nacimiento de un hijo tienen por lo general un origen en problemas relacionados con las condiciones de salud del niño, prematuridad y malformaciones congénitas, con su incierto resultado y ruptura de esperanzas, están asociados con una cierta potencialidad para maltratar al niño.^{65,71} La separación del recién nacido de su madre, debido a prematuridad o enfermedad, da lugar a tensiones suplementarias⁷⁰.

Existe una creencia que los niños que no se desarrollan normalmente no son queridos y que esto sería el factor primario de la violencia proporcionada, esto en algunos casos es ciertamente válido pero únicamente si no existe otro problema en el trasfondo familiar.^{65,71}

El nacimiento de un niño deficiente constituye siempre un enorme impacto para los padres y estos tienen que atravesar una reacción de negación y tristeza, e ira, pero resulta notable cuantos defectos congénitos graves, corregibles o incluso incorregidor no son aceptados con compasión por la familia. Criar un niño con problemas de salud o malformaciones congénitas es de innegable dificultad. Tales niños pueden parecer a los extraños indignos de ser queridos no obstante muchos son amados.⁶⁵

Algunos autores, refieren que en el maltrato infantil, las posibles fuentes de maltrato lo constituyen las enfermedades y la predisposición al maltrato de los niños, los análisis sugieren que éstos juegan un rol importante en el 47% de los casos de maltrato. Consistente con esto, al mejorar los sistemas de registro de vulnerabilidad se encuentra que el 45% de las familias con problemas de maltrato tenían hijos con déficit de aprendizaje, déficit emocional, retardo mental o deficiencias físicas⁶⁸

Crianza difícil. Otro factor muy importante que se precisa para proporcionar una vinculación afectiva es el ajuste entre aquellas características del bebé que habitualmente se consideran constitucionales y las cualidades que los padres

imaginaban iba a tener su hijo. Un niño que se alimenta con desgano, que se torna tenso e irritable y que llora desconsoladamente cuando tenía que quedarse en los primeros meses de la vida dormido, puede constituir una dura prueba incluso para la madre más segura de sí misma. Las características del recién nacido pueden indicar su adaptabilidad en los primeros meses de la vida. El desarrollo tanto del lactante como de la relación de éste con sus padres puede progresar bien al principio. El momento de comenzar los problemas depende en gran medida de cómo pueden adaptarse los padres, ya que algunas actitudes del niño pueden irritar alguno de los padres el cual ejerce presión en el otro lo que le produce angustia y ansiedad y se manifiesta en la forma tensa de cómo manejan al niño, lo que puede desencadenar maltrato.^{64,71}

Hijo único. Algunos autores^{19, 21, 65, 66} han referido que un factor que puede precipitar el maltrato es una familia numerosa quizá por la carga económica que significa el atenderla, esto incrementa el estado de tensión en el adulto y por lo tanto favorece al desarrollo del maltrato. Sin embargo, el maltrato también se ha observado en familias con pocos hijos y en algunas otras en donde hay un solo hijo; esta condición se puede explicar primero considerando en nuestro estudio, como en otros el hijo único resulto ser una variable asociada a maltrato físico severo.

Relación con padrastro o madrastra. En nuestro modelo final ésta fue una variable asociada con el maltrato físico severo y esto se puede explicar porque el maltrato físico se presenta de manera excesivamente frecuente en aquellas familias en las que la madre o el padre conviven con un varón que no es el padre, o con una mujer que no es la madre de éstos. Estas situaciones están sobre representadas especialmente en aquellos casos de maltrato físico extremo y severo. Las explicaciones pueden ser muy variadas y complejas. La ausencia de legitimación del estatus del padre del compañero de la madre puede dificultar la relación y el establecimiento de unos patrones de disciplina normalizados. La competencia entre los dos subsistemas que aparecen en estas familias (madre/

compañero y madre hijo) o (padre/ compañera y padre / hijo) puede llegar a ser extremadamente conflictiva⁶⁸.

Autoestima baja Los individuos que presentan esta condición tienen una actitud de autocrítica dura y excesiva que los mantiene en un estado de insatisfacción consigo mismos. Es frecuente que tengan hipersensibilidad a la crítica, por lo que se sienten exageradamente atacados, heridos, culpando a otros o a las circunstancias de su situación; cultivan resentimientos tercos contra sus críticos y muestran indecisión crónica, no por falta de información, sino por miedo exagerado a equivocarse, presentan deseo innecesario por complacer por lo que no se atreven a decir no, por miedo a desagradar y perder la buena opinión del peticionario. Son también perfeccionistas y con culpabilidad neurótica y hostilidad flotante. Esta característica en las madres estuvo asociada a maltrato, y la explicación pudiera sustentarse en la necesidad de compensación a su sentimiento de inferioridad.^{72, 73}

Variables significativas en el análisis bivariado que no fueron incluidas en el modelo final

Alcoholismo en el padre. La existencia de la dependencia de alcohol y drogas dentro de una familia son algunas de las variables que han sido mencionadas por algunos autores como generadoras de violencia en la familia. En esta población predomina principalmente el alcoholismo en el padre, aunque cabe señalar que cada día crece más el grupo femenino. En nuestro estudio, esta variable mostró ser importante en el análisis bivariado, sin embargo no resultó incluida en el modelo final.

Tipo de unión conyugal. Se ha referido que en madres solteras, divorciadas o separadas con carencias económicas y materiales, quienes se tienen que enfrentar a ser rechazadas por los prejuicios sociales, aumenta la incidencia de maltrato.^{19,65,63,66.} La madre que queda con la tutela del niño debe asumir un gran número de responsabilidades que antes eran compartidas, su ansiedad aumenta y su disposición para atender al niño puede verse seriamente afectada. Aunque en

nuestro estudio ser madre soltera fue una de las variables que mostraron significancia en el análisis crudo, seguramente porque representa una situación familiar inestable como un factor agregado a una relación tampoco quedó en el modelo final.

Relación del padre con el hijo.

Algunos autores han encontrado este indicador como importante para que se realice el maltrato en el menor y en nuestra población estudiada se encontró solo significativa en el análisis bivariado. Sin embargo, esto no descarta la importancia de considerarla como un punto importante en investigaciones posteriores, las cuales se tendrán que realizar en forma más intencionada para que permita conocer su importancia real como factor de riesgo de maltrato.

Hijo no deseado. Se ha encontrado que el ser hijo no deseado es un factor que se asocia al maltrato y se ha conceptualizado como una tendencia abortiva extrauterina neonatal.^{63,74} en nuestro estudio el ser hijo deseado fue un factor protector para el maltrato físico severo en el análisis bivariado. Esto probablemente se debe a que los padres al estar de acuerdo en la concepción de un hijo le darán amor, respeto y protección.

Ansiedad y depresión en las madres. Estas patologías casi siempre se presentan relacionadas y es común que propicien maltrato a los hijos. En investigaciones realizadas se señala que entre un 10% y 15% de los casos de maltrato los padres tienen algún tipo de trastorno mental.⁷⁵ En otros estudios se ha logrado establecer que los padres agresores de sus hijos tienen más síntomas depresivos y de ansiedad así como baja autoestima así como escasas estrategias de afrontamiento de problemas.^{66,71} Esto muestra la importancia de las alteraciones psiquiátricas como generadores de violencia a los menores, a pesar de que en este estudio no se demostró su participación en el modelo final.

Otras variables relevantes no encontradas en este estudio

Religión. Existe discrepancia en los datos obtenidos dado que algunos autores consideran que el profesar alguna religión es un factor protector contra maltrato⁴³; sin embargo en la población mexicana esto no se ha podido comprobar y en nuestra población de estudio no se encontraron diferencias significativas en esta variable.

Tipo de familia. Algunos autores en otros países han encontrado que una familia extensa es un factor asociado al maltrato físico.⁴³ El sustento que se ha propuesto es que el convivir con mayor número de integrantes condiciona conflicto y esto genera peleas continuas, que terminan con los malos tratos de los hijos principalmente los golpes. En nuestro estudio no se encontraron diferencias entre los casos y los controles con relación a esta variable. Sin embargo, es posible que se haya debido a que la mayoría de las familias fueron nucleares y esto lo podemos explicar de la siguiente manera: la industrialización y el urbanismo han propiciado la transformación de las familias extensas a familias nucleares.

Variables sociodemográficas de la familia. El maltrato a los niños se presenta en todos los estratos sociales lo cual se puede constatar en este estudio, en el que no existió diferencia entre el nivel socioeconómico de los menores estudiados y éste va muy de la mano con el nivel de escolaridad de los padres; sin embargo, se pudo constatar en este estudio lo referido por otros autores acerca de la falta de una relación clara de causa efecto entre el nivel educativo y el maltrato al menor. En términos generales cualquier adulto puede ocasionar maltrato en el menor; sin embargo, cuando predomina el maltrato físico el victimario habitualmente es del sexo femenino y de ellas la madre ocupa el primer lugar. En nuestro estudio este dato fue corroborado, ya que la madre fue el principal agresor.

Rendimiento escolar. Este indicador por sí solo no condiciona el maltrato en el menor, solo es un detonante más para que la agresión se realice y ha sido al

igual que otros un punto muy controversial con respecto a la relación causal en términos de ser un factor condicionante para que se maltrate al menor o un resultado del maltrato.

CONCLUSIONES Y PERSPECTIVAS

Este estudio demostró la relevancia de los componentes del microambiente familiar como determinantes del maltrato a los niños y principalmente los relacionados con las experiencias maternas en su vida temprana, a la que se agrega un baja autoestima, así como las condiciones de desventaja de los niños con alguna discapacidad y el ambiente familiar desfavorable.

Aunque los resultados son consistentes con los de otros autores, se requiere continuar con esta línea de investigación. Una limitación de este trabajo es que sólo se exploró el microsistema familiar, y quedará el ontogénico, ecosistema y microsistema para estudios posteriores.

Para futuros estudios será necesario enfatizar en el diseño y evaluación de intervenciones que incorporen la dimensión psicológica y social a la atención del maltrato al niño. Asimismo, la investigación para la prevención del maltrato en familias en quienes se identifiquen los riesgos que éste y otros estudios han mostrado, serán relevantes para disminuir la magnitud del problema de la violencia a los niños.

Las perspectivas en la atención a la salud en este tema son considerables. Desde el punto de vista clínico es muy importante que el médico familiar y el pediatra tenga presente siempre el síndrome del niño maltratado ya que en la mayoría de las veces el no realizar un diagnóstico a tiempo puede ocasionar en el menor lesiones irreversibles y en ocasiones la muerte.

Se debe sensibilizar más a la población adulta sobre la magnitud de este problema y de sus repercusiones sobre el menor, con la finalidad de garantizar su bienestar en todas las esferas.

También se debe programar pláticas en las escuelas con el tema de la violencia familiar y la manera de prevenirla para favorecer un cambio cultural en el ámbito de las relaciones familiares.

Finalmente, queda la responsabilidad a las instituciones de salud para la incorporación de programas de rehabilitación a las familias que viven la violencia hacia los menores, así como de mejora del entorno comunitario en el que residen.

Ninguna forma de maltrato es educativa y ningún mensaje o comunicación que culpabiliza, critica, acusa, insulta o reprocha es un buen estímulo para nadie. Y menos en la infancia, cuando no hay posibilidades de defenderse, protegerse o entender que es la impotencia y el desconocimiento de otras formas de trato lo que lleva a los padres y madres a asumir ese papel de mártir o de dictador.

"Lo primero que hay que entender es que no podemos hacernos cargo toda la vida de los problemas que amargaron o hicieron de nuestros padres y madres personas mártires o dictadoras. Basta con empezar a investigar de que manera nos afectaron esas actitudes, para comenzar a liberarnos de sus efectos y no repetir nada de esto con los propios hijos e hijas o de otros menores que puedan estar a nuestro cuidado".

ANEXOS

Proyecto: Factores del Microsistema Familiar Asociados a Maltrato Físico grave en el hogar en menores de 18 años, residentes del Distrito Federal.

Para el llenado de esta forma utilice tinta negra y letra de molde siguiendo las instrucciones especificadas. En caso de error encierre en un círculo la respuesta equivocada y escriba arriba de la misma la respuesta correcta, añada las iniciales y la fecha de corrección, no utilice corrector, (llenar todos los espacios), ni deje preguntas sin contestar.

FICHA DE IDENTIFICACIÓN

1. Datos Generales Del menor de 18 años

1.1 Nombre _____
apellido paterno apellido materno nombre

1.2 Domicilio _____
Colonia Calle No Teléfono

Entre que calles se encuentra el domicilio

1.3 Fecha de Nacimiento / / / / / / / / /
 día mes año

1.4 Sexo 1. Masculino 2. Femenino / / /

1.5 Edad / / / . / / / / / /
 año mes días

1.6 Si el niño es mayor de 3 años
Su hijo a ido alguna vez a la escuela / / /

1 Si

2 No

Pág. 2 – 16

FOLIO / ___ / ___ / ___ /

1.7 Cuál fue el último año que ha aprobado en la escuela?

/ ___ /

- Ninguno.....1
Pre – escolar.....2
Primaria.....3
Secundaria.....4
Preparatoria o equivalente.....5
Licenciatura.....6
No sabe9

1.9 Qué religión tiene la familia

1.10 Fecha de ingreso al hospital / ___ / ___ / ___ / ___ /

día mes año

2 Estado de salud del menor de 18 años

2.1 Comparado con otros niños de la misma edad cómo describiría el estado de salud de su hijo (nombre)?

/ ___ /

- 1 Muy buena
2 Normal
3 Muy mala

2.2 Permitame preguntarle sobre algunos de los problemas de salud más frecuentes en los niños. Tiene (nombre del niño)

	Si	No	No Sabe
2.2a. Problema de salud crónicos, algo que es un problema continuo o que requiera atención médica como asma o Tuberculosis?	1	2	8
2.2b. Problemas para oír, hablar o ver	1	2	8
2.3c. Deformidad física o discapacidad	1	2	8
Especifique _____			
2.3d. Problemas de aprendizaje o retardo mental?	1	2	8
Especifique _____			
2.4e. problemas de conducta o emocionales?	1	2	8
Especifique _____			
2.5f. Otros problemas de salud?	1	2	8
Especifique _____			
2.6g Otros problemas de salud?	1	2	8
Especifique _____			
2.7h. Otros problemas de salud?	1	2	8
Especifique _____			

2.8 Comparado con otros niños de su edad qué tan fácil o difícil ha sido el cuidado de (nombre del hijo) / ___ / ___ /

- 1 Fácil de Criar
- 2 Igual
- 3 Difícil de criar

2.10 De acuerdo a la edad que lugar ocupa en la familia? / ___ / ___ /

- 1. Hijo único
- 2. Primero (mayor)
- 3. Medío
- 4. último más chico

2.11 Se ha muerto alguno de sus hijos / ___ / ___ /

- 1 Sí
- 2 No

3 Con el objeto de valorar la conducta de su hijo permítanos hacerle las preguntas siguientes:

Déficit de atención

	Nunca 0	A veces 1	Casi siempre 2
3.1 No pone atención a detalles y comete errores por omisión en la tarea y otras actividades			/ ___ /
3.2 Tiene dificultad para mantener la atención en el juego o en las tareas.			/ ___ /
3.3 Parece no escuchar cuando se le habla directamente			/ ___ /
3.4 No obedece órdenes y no termina las tareas ni otras actividades			/ ___ /
3.5 Tiene dificultad para ordenar sus tareas y otras actividades			/ ___ /
3.6 Evita aquellas actividades que requieren de concentración			/ ___ /
3.7 Pierde cosas necesarias para sus actividades como lápices o libros			/ ___ /
3.8 Se distrae fácilmente con estímulos			/ ___ /
3.9 Es olvidadizo			/ ___ /
TOTAL			/ ___ / ___ /

1 Hiperactividad	NUNCA 0	A VECES 1	CASI SIEMPRE 2
------------------	------------	--------------	-------------------

3.10 Se levanta de su asiento o se sale de la casa cuando es necesario que permanezca sentado			/___/
---	--	--	-------

3.11 Corre o se trepa en situaciones en que debe permanecer sentado			/___/
---	--	--	-------

3.12 Le cuesta trabajo jugar en silencio			/___/
--	--	--	-------

3.13 Actúa como si tuviera motor			/___/
----------------------------------	--	--	-------

3.14 Habla mucho			/___/
------------------	--	--	-------

3.15 Contesta antes que le pregunten			/___/
--------------------------------------	--	--	-------

3.16 No le gusta esperar turno			/___/
--------------------------------	--	--	-------

3.17 Interrumpe el juego o las conversaciones de los demás.			/___/
---	--	--	-------

TOTAL			/___/
-------	--	--	-------

4 Características del hogar

A continuación le preguntare sobre su casa y su trabajo

4.1 Con respecto a la casa donde usted habita es :			/___/
--	--	--	-------

1 Propia

2 Renta

3 Vive con un familiar

4 Vive donde puede

4.2 Hay otra persona en esta familia que posee terrenos o casas en otro lugar?			/___/
--	--	--	-------

1. Sí

2. No

4.3 De qué material son la mayor parte de las paredes de esta vivienda?			/___/
---	--	--	-------

De cartón o madera.....1

Adobe.....2

Ladrillo.....3

Otro material _____ 4

Especifique

4.4 Esta vivienda cuenta con drenaje? / _ / _ /

- A red pública.....1
- Afosa séptica.....2
- No tiene drenaje.....3
- Excretas a letrinas, fecalismo al aire libre, etc.

4.5 De qué material es la mayor parte de los pisos de esta vivienda? / _ / _ /

- Tierra.....1
- Cemento.....2
- Otro recubrimiento.....3

4.6 De qué manera se abastecen de agua en esta vivienda? / _ / _ /

- Agua entubada dentro de la vivienda.....1
- Agua entubada fuera de la vivienda
pero dentro del terreno.....2
- De llave pública o hidratante.....3
- De pozo.....4
- De jagüey.....5
- De pipa.....6
- Otros _____ 7

Especifique

4.7 Cuántos cuartos hay en esa vivienda sin contar
cocina baños y pasillos? / _ / _ /
de cuartos

4.9 Cuántos cuartos usan como dormitorio? / _ / _ /
de cuartos

4.10 Cuántas personas viven permanentemente en
esta vivienda tomando en cuenta a los niños chiquitos
o recién nacidos? / _ / _ /
número

Ahora permítanos hacerle unas preguntas con respecto al estado de ánimo de usted(padre – madre)

Anote al margen derecho el número que mejor corresponda con su situación durante el último mes, de acuerdo a la siguiente escala:

Ausente =0 Leve =1 Moderado = 2 Severo = 3 Incapacitante = 4

5.1) Estado Ansioso Preocupación temor de que le suceda lo peor, temor anticipado, irritabilidad _____

5.2) Tensión. Sensación de tensión, fatigabilidad, sobresalto al responder, llanto fácil, temblor sensación de inquietud, imposibilidad para relajarse _____

5.3) Temores. A la oscuridad, a los extraños, a ser dejado solo, de animales, del tráfico, de las multitudes. _____

5.4) Insomnio. Dificultad para conciliar el sueño, sueño interrumpido sueño insatisfactorio con sensación de fatiga al despertar pesadillas, terrores nocturnos. _____

5.5) Comprensión. Dificultad de concentración memoria pobre. _____

5.6) Depresión. Pérdida de interés, falta de placer en los pasatiempos, depresión, despertar anticipado, inversión del ciclo sueño-vigilia. _____

5.7) Muscular. Dolores y Mialgias, espasmos musculares o calambres, rigidez, tics, rechinar de dientes, voz vacilante, tono muscular aumentado. _____

5.8) Sensorial. Zumbido de oídos, visión borrosa, oleadas de frío y calor, sensación de debilidad, comezón. _____

5.9) Cardiovascular. Taquicardia, palpitaciones, dolor en el pecho, sensación de desmayo arritmia. _____

5.10) Torácico. Opresión en el pecho sensación de ahogo. _____

5.11) Gastrointestinal. Dificultad al deglutir, flatulencia, dolor abdominal, sensación de ardor, pesadez abdominal, náusea y vómito. _____

5.12) Genitourinario. Urgencia de orinar, micciones frecuentes, falta de menstruación, menstruación dolorosa, ausencia de orgasmo, eyaculación precoz, baja del deseo sexual, impotencia. _____

5.13) Vegetativo. Sequedad de boca, rubor en mejillas, palidez, tendencia a la sudoración, vértigo, dolor de cabeza, piel de gallina. _____

5.14) Durante esta entrevista. Inquietud impaciencia, temblor de manos, fruncimiento del ceño, preocupación, suspiros o respiración rápida, eructos, tics, deglución conciente de saliva. _____

TOTAL _____

Después de leer cuidadosamente los cuatro enunciados correspondientes a cada grupo marque con una x el número (0,1,2 o 3) que se encuentre junto al enunciado de cada grupo que mejor describa la manera como usted se ha sentido durante la última semana, incluyendo el día de hoy. Si varios en el grupo parecen aplicarse a su caso, marque solo una. Asegúrese de leer todos los enunciados de cada grupo antes de elegir su respuesta.

- 1) 0= No me siento triste
1= Me siento triste
2= Me siento triste todo el tiempo y no puedo animarme
3= Me siento tan triste o infeliz que ya no puedo soportarlo.

- 2) 0= No me siento desanimado acerca del futuro
1= Me siento desanimado acerca del futuro.
2= Siento que no tengo para que pensar en el porvenir
3= Siento que no hay esperanza para el futuro y que las cosas no pueden mejorar.

- 3) 0= No me siento como un fracasado
1= Siento que he fracasado más que de lo que debería
2= Cuando veo mi vida hacia atrás lo único que puedo ver son muchos fracasos
3= siento que como persona soy un fracaso total

- 4) 0= Obtengo tanto placer como siempre de las cosas que me gustan
1= No disfruto tanto las cosas como antes
2= ya no tengo satisfacción de nada
3= Estoy insatisfecho y molesto con todo.

- 5) 0= No me siento particularmente culpable
1= En algunos momentos me siento culpable
2= La mayor parte del tiempo me siento algo culpable
3= Me siento culpable todo el tiempo

- 6) 0= No siento que esté siendo castigado
1= Siento que pueda ser castigado
2= Creo que seré castigado
3= Siento que estoy siendo castigado

- 7) 0= No me siento descontento conmigo mismo
1= Me siento descontento conmigo mismo
2= Me siento a disgusto conmigo mismo
3= Me odio a mí mismo

- 8) 0= No siento que sea peor que otros
1= Me critico a mí mismo por mi debilidad y mis errores
2= Me culpo todo el tiempo por mis errores
3= Me culpo por todo lo malo que sucede
- 9) 0= No tengo ninguna idea acerca de suicidarme
1= Tengo Ideas de suicidarme pero no lo haría
2= Quisiera suicidarme
3= Me suicidaría si tuviera la oportunidad
- 10) 0= No lloro más que de costumbre
1= Lloro más que antes
2= Lloro todo el tiempo
3= Podía llorar pero ahora no puedo aunque quiera
- 11) 0= Ahora no estoy más irritable que antes
1= Me molesto e irrito más fácilmente que antes
2= Me siento irritado todo el tiempo
3= No me irrito para nada con las cosas que antes me irritaban
- 12) 0= No he perdido el interés en la gente
1= No me interesa la gente como antes
2= He perdido la mayor parte de mi interés en la gente
3= He perdido todo el interés en la gente
- 13) 0= Tomo decisiones casi como siempre
1= Me resulta más difícil tomar decisiones ahora que antes
2= Ahora tengo mucho mayor dificultad para tomar decisiones que antes
3= Me cuesta trabajo tomar cualquier decisión
- 14) 0= No creo que mi aspecto sea peor que de costumbre
1= Me preocupa el hecho de parecer viejo / a sin atractivos
2= Siento que hay permanentes en mi aspecto que me hacen parecer poco atractivo / a
3= Creo que me veo feo / a

- 15) 0= Puedo trabajar tan bien como antes
1= Me cuesta mucho más esfuerzo empezar a hacer algo
2= Tengo que obligarme seriamente para hacer cualquier cosa
3= No puedo trabajar en absoluto
- 16) 0= Puedo dormir tan bien como siempre
1= No duermo tan bien como solía hacerlo
2= Me despierto una o dos horas más temprano que de costumbre y me cuesta mucho volver a dormir
3= Me despierto varias horas antes de lo que solía y no puedo volver a dormir
- 17) 0= No me canso más que de costumbre
1= Me canso más fácilmente que de costumbre
2= Me canso sin hacer nada
3= Estoy demasiado cansado / a para hacer algo
- 18) 0= Mi apetito no es peor que de costumbre
1= Mi apetito es peor que de costumbre
2= Mi apetito esta mucho peor ahora
3= Ya no tengo apetito
- 19) 0= No he perdido mucho peso, si es que he perdido algo, últimamente
1= He rebajado más de dos kilos y medio
2= He rebajado más de cinco kilos
3= He rebajado más de siete kilos y medio
- 20) 0= No me preocupo por mi salud más que de costumbre
1= Estoy preocupado / a por problemas físicos como, por ejemplo dolores, molestias estomacales o estreñimiento
2= Estoy muy preocupado / a por problemas físicos y me resulta difícil pensar en cualquier otra cosa
3= Estoy tan preocupado /a por mis problemas físicos que no puedo pensar en ninguna otra cosa
- 21) 0= No he notado cambio alguno reciente en mi interés por el sexo
1= Estoy menos interesado / a en el sexo de lo que solía estar
2= Ahora estoy mucho menos interesado / a en el sexo
3= He perdido por completo el interés por el sexo

Ahora permítanos preguntarle cómo es su relación con su pareja ya que todos pasan por periodos difíciles. A veces cuando esto sucede las mujeres o los hombres reciben malos tratos de sus esposos(a) o convivientes. Nos gustaría saber mas de su experiencia en este tema. Recuerde que esta entrevista es completamente confidencial y nadie sabrá sus respuestas

	Nunca	1 o 2 veces	tres o más veces
7.1 La (o) ha insultado	1	2	3
7.2 La (o) ha humillado o rebajado	1	2	3
7.3 Amenazado	1	2	3
7.4 Amenazó a alguien que usted quiere	1	2	3
7.5 Le ha hecho algo que la(o) atemorizó, pero sin tocarla(o)	1	2	3
7.6 La (o) ha dejado por lo menos 6 meses sin ningún apoyo económico	1	2	3
7.7 Le ha sido infiel	1	2	3
7.8 le ha pegado con los puños	1	2	3
7.9le ha dado una paliza	1	2	3
7.10 La ha amenazado con arma, o cuchillo o la amenaza de usarla	1	2	3
7.11 Le ha hecho daño físico de otras maneras.	1	2	3
7.12 Le ha forzado a tener relaciones sexuales.	1	2	3
7.13. Alguna ves sus hijos han visto o escuchado cuando su esposo o pareja le pega o amenaza físicamente?			___/___/___
1. SÍ			
2. NO			
3. NO SÉ			

7.14 Cuántas veces usted sufrió daño y creyó que necesitaba atención médica aunque no la haya obtenido? / ___ / ___ / veces

7.15 Recibió atención médica? / ___ / ___ /

1. SI
2. NO

7.16 Alguna vez ha estado hospitalizada a raíz de una golpiza por su esposo (a)? / ___ / ___ /

1. SÍ
2. NO

7.17 Cuántas veces?

/ ___ / ___ / veces
número

Ahora quisiera preguntarle cómo eran las cosas para usted (y su marido /pareja) cuando eran niños y coloque en el paréntesis el número de la respuesta correcta.

8. Con qué frecuencia su familia usó castigo físico para cambiar su conducta o enseñarle una lección / ___ / ___ /

1. Nunca
2. una o dos veces
3. tres o más veces

9. Cuando usted era niña alguna vez vio o escuchó a su padre golpear a su madre? / ___ / ___ /

1. Nunca
2. Una o dos veces
3. tres o más veces
9. No se aplica

10. Hasta dónde usted sabe qué tan frecuentemente la familia de su esposo /pareja usó castigo físico severo para cambiar su conducta o enseñarle una lección, cuando el era niño? / ___ / ___ /

1. Nunca
2. una o dos veces
3. tres o más veces
8. No sabe
9. No aplica

11. Hasta dónde usted sabe si su esposo/ pareja proviene de un hogar donde su padre golpeaba a su madre? / ___ / ___ /

1. Si
2. No
8. No sabe
- 9 No se aplica

ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA

Por favor marque cada oración de la siguiente manera

Si la oración dice como usted se siente casi siempre coloque una equis(x) en Si de la misma línea.

Si la oración dice como usted casi no se siente coloque una (x) en No en la misma línea.

Ejemplo Soy muy trabajador

Si usted es muy trabajador marque sí

Si usted no es trabajador marque no.

Recuerde que no hay respuestas buenas ni malas.

12.1 Generalmente los problemas me afectan muy poco	SI	NO
12.2 Me cuesta mucho trabajo hablar en público	SI	NO
12.3 Si pudiera cambiaría muchas cosas de mí	SI	NO
12.4 Puedo tomar una decisión fácilmente	SI	NO
12.5 Soy una persona simpática	SI	NO
12.6 En mi casa me enoja fácilmente	SI	NO
12.7 Me cuesta trabajo acostumbrarme a algo nuevo	SI	NO
12.8 Soy popular entre las personas de mi edad	SI	NO
12.9 Mi familia generalmente toma en cuenta mis sentimientos	SI	NO
12.10 Me doy por vencido(a) muy fácilmente	SI	NO
12.11 Mi familia espera demasiado de mí	SI	NO
12.12 Me cuesta mucho trabajo aceptarme como soy	SI	NO
12.13 Mi vida es muy complicada	SI	NO
12.14 Mis compañeros casi siempre aceptan mis ideas	SI	NO
12.15 Tengo mala opinión de mí mismo(a)	SI	NO
12.16 Muchas veces me gustaría irme de mi casa	SI	NO
12.17 Con frecuencia me siento a disgusto con mi trabajo	SI	NO
12.18 Soy menos guapo (a) que la mayoría de la gente	SI	NO
12.19 Si tengo algo que decir generalmente lo digo	SI	NO
12.20 Mi familia me comprende	SI	NO
12.21 Los demás son mejor aceptados que yo	SI	NO
12.22 Siento que mi familia me presiona	SI	NO
12.23 Con frecuencia me desanimo en lo que hago	SI	NO
12.24 Muchas veces me gustaría ser otra persona	SI	NO
12..25 Se puede confiar muy poco mi	SI	NO

Marque con una x la respuesta que sea más adecuada para usted en el número correspondiente.

13.1 Con qué frecuencia consume bebidas alcohólicas?

- (0) Nunca
- (1) Una vez al mes o menos
- (2) 2-4 veces por semana
- (3) 2-3 veces por semana
- (4) 4 o más veces por semana

13.2 Cuántas bebidas alcohólicas consume en un día cualquiera que esté tomando alcohol?

- (0) 1 ó 2
- (1) 3 ó 4
- (2) 5 ó 6
- (3) 7 ó 9
- (4) 10 ó más

13.3 Con qué frecuencia consume 6 copas o más en una ocasión?

- (0) Nunca
- (1) Menos de una vez al mes
- (2) Una vez al mes
- (3) Una vez por semana
- (4) Diariamente o casi diariamente

13.4 Cuántas veces durante el último año observó que no era capaz de dejar de beber una vez que empezaba?

- (0) Nunca
- (1) Menos de una vez al mes
- (2) Una vez al mes
- (3) Una vez por semana
- (4) Diariamente o casi diariamente

13.5 Cuántas veces durante el último año a dejado de cumplir con sus obligaciones a causa del alcohol?

- (0) Nunca
- (1) Menos de una vez al mes
- (2) Una vez al mes
- (3) Una vez por semana
- (4) Diariamente o casi diariamente

13.6 En cuántas ocasiones durante el último año, ha necesitado tomar una copa por la mañana para poder arrancar, después de haber consumido gran cantidad de alcohol el día anterior?

- (0) Nunca
- (1) Menos de una vez al mes
- (2) Una vez al mes
- (3) Una vez por semana
- (4) Diariamente o casi diariamente

13.7 Cuántas veces durante el último año se ha sentido culpable o ha tenido remordimiento después de haber bebido?

- (0) Nunca
- (1) Menos de una vez al mes
- (2) Una vez al mes
- (3) Una vez por semana
- (4) Diariamente o casi diariamente

13.8 Con cuánta frecuencia durante el último año ha sido incapaz de recordar lo que había pasado la noche anterior porque había estado bebiendo?

- (0) Nunca
- (1) Menos de una vez al mes
- (2) Una vez al mes
- (3) Una vez por semana
- (5) Diariamente o casi diariamente

13.9 Ha tenido algún accidente o ha herido a alguien como consecuencia del consumo de alcohol?

- (0) No
- (1) Sí pero no durante el último año
- (2) Sí durante el último año

13.10 Se ha preocupado algún amigo, familiar, médico u otro profesional sobre su consumo de bebidas alcohólicas, o le han sugerido que no beba tanto?

- (0) No
- (1) Sí pero no durante el último año
- (2) Sí durante el último año

Permítame preguntarle sobre el embarazo de su hijo (Nombre):

14 Deseaba estar embarazada? / ___/___/

1. Si

2. No

14.1 Aceptó a su hijo en el momento del parto? / ___/___/

1. Si

2. No

14.2 Cómo ha sido la relación con su hijo? / ___/___/

1 Buena

2 Regular

3 Mala

14.3 Quiere a su hijo? / ___/___/

1. Sí

2. No

Si su respuesta es no diga porque _____

14.4 Usted es madre del niño? / ___/___/

1. Sí

2. No

14.5 Su pareja es el padre de su hijo? / ___/___/

1. Sí

2. No

14.5 Cómo se lleva el padre o padrastro con su hijo? / ___/___/

1. Bien

2. Regular

3. Mal

15.0 Edad padre / ___/___/

Edad de la madre / ___/___/

15.1 Ocupación del padre _____

De la madre _____

15.2 Cuántas personas trabajan en su casa?

/_/_/_/

15.3 Quiénes? especifique _____

15.4 Cuánto ganan semanalmente? _____

15.5 Cuánto aportan a la familia? _____

15.6 Escolaridad del Padre

/_/_/_/

1. Primaria
2. Secundaria
3. Preparatoria
4. Universidad

15.7 Escolaridad de la madre

/_/_/_/

1. Primaria
2. Secundaria
3. Preparatoria
4. Universidad

15.8 Tipo de la familia

/_/_/_/

1. Nuclear padre, madre, hijos.
2. Extensa; padre, madre, hijos, abuelos, tíos.
3. Compuesta padre, madre, hijos, cuñada, concuño.

15.9 Estado civil

/_/_/_/

1. Casados
2. Unión libre
3. divorciados
4. Madre soltera

16. Religión que profesa.

/_/_/_/

1. Católica
2. Cristiana
3. Evangelista
4. Testigos de Jehová
5. Ninguna religión

BIBLIOGRAFIA

- ¹ Smith CA. The battered child. N Engl J Med 1973;289:322-23
- ² Sundell K. Child –Care personel’s failure to report child maltreatment: some swedish evidence. Child Abuse & Negl, 1997; 21:93-105.
- ³ Daro D, Downs B, Keeton K et al. World perspectives on child abuse: an international resource book. Internacional Society for Prevention of Child Abuse. Child Abuse & Negl 1992;4 :1-37
- ⁴ Unicef Estado Mundial de la Infancia 1997. Nueva York: Unicef, 1996:13,26,36,40
- ⁵ Strauss MA, Gelles RJ, Steinmetz SK. Behind closed doors: Violence in the Amwerican Family. New York: Anchor/Doubleday, 1980.
- ⁶ United States Departament of Health and Human Services(USDHHS). Study findings National study of the incidence and severity of child abuse and neglect. Washington: DC:DHHS Publications, 1981
- ⁷ United States Departament of Health and Human Services(USDHHS). Study findings National study of the incidence and severity of child abuse and neglect. Washington: DC:DHHS Publications, 1988.
- ⁸ Hijar MMC, Tapia Y JR, Rascón PA, Mortalidad por homicidio en niños. México1979-1990. Salud Pública Mex 1994;36:529-5
- ⁹ Encuesta Nacional de Salud 2000. Instituto Nacional de Salud Pública – Secretaría de Salud. México. (Datos no publicados).
- ¹⁰ Perea MA, Loredó AA, Venteño JA, Báez MV, Trejo HJ, Monroy VA et al. Maltrato al menor: propuesta de una definición Integral. Datos no publicados.

¹¹ Comisión Nacional de Acción a favor de la Infancia Secretaría Técnica No 2 Programa Nacional a favor de la Infancia 1995- 2000 evaluación 1996 UNICEF.

¹² Programa Nacional a favor de la Infancia 1995- 2000 evaluación 1997 UNICEF

¹³ Finkelhor D, Korbin J. Child abuse as an international issue. Child Abuse & Negl 1998;12:3-23.

¹⁴ Loredó AA, Trejo HJ, Bustos VV. Maltrato al menor: consideraciones clínicas sobre maltrato físico, agresión sexual y privación emocional. Gac Med Mex 1999;135

¹⁵ Loredó AA, Trejo HJ, Bustos VV, Sánchez VA, Moreno FMA. Maltrato al menor: propuesta metodológica para la detección, atención integral y derivación de pacientes en México. Acta Pediatr Mex 1998; 19:276-80.

¹⁶ Baeza HC, García CLM, García CHJL, Gardida Ch R, Aspectos quirúrgicos del maltrato al menor. Bol Med Hosp Infant Mex 1998; 55:98-105.

¹⁷ Saucedo García JM, Sánchez GO. Maltrato Físico y Abuso Sexual En: Saucedo García JM, Maldonado DJM, editores. Psiquiatría Temas de Pediatría A.C. México MC Graw Hill Interamericana; 1998.

¹⁸ Santana TR, Sánchez AR. El maltrato Infantil: un problema mundial. Salud Pública Mex 1988; 40: 58-65.

¹⁹ Loredó AA. Diversas formas de maltrato. En Loredó AA, editor. Maltrato al menor. México Interamericana Mc Graw Hill; 1994:9-10

²⁰ Loredó AA. Diversas formas de maltrato. En Loredó AA, Editor. Maltrato al menor. México. Interamericana, Mc Graw Hill;1994:9-10

²¹ Johnson C. Inflicted injury versus accidental injury. *Pediatric Clin North Am* 1990;37:791-814.

²² Loredó AA, Trejo HJ, Sánchez VA, Bustos VV. Primer taller Iberoamericano de Maltrato al menor. *Bol Med Hosp Infant Mex* 1998;55:176-7

²³ Loredó AA, Trejo HJ, Bustos VV. El fenómeno de maltrato en los niños; aspectos sociales y clínicos del síndrome. *Bol Med Hosp Infant Mex* 1998;55:410-416.

²⁴ Comité de expertos sobre maltrato al menor, Papel del pediatra en el empleo de indicadores clínicos para sospechar maltrato físico en un niño. *Bol Med Hosp Infant Mex* 1999;5:195-197.

²⁵ Casados Flores J, Días Huerta JA, Martínez González C. Niños Maltratados. Etiopatogenia. Ed Díaz de Santos Madrid:1997;27-159.

²⁶ Kempe CH, Helfer RE, Helfer. *Helping the battered child and his family*. Philadelphia: Lippincott, 1972

²⁷ Gracia Fuster E. Modelos Explicativos, factores de riesgo e indicadores de los malos tratos en la infancia. En: *Maltrato Infantil prevención, diagnóstico y tratamiento e intervención desde el ámbito sanitario*. Madrid. Conserjería de Salud, 1995:28-40.

²⁸Kaufman J, Sigler E. Do abused children become abusive parents? Am J Orthopsychiatry, 1987;57:186-192.

²⁹ Powel JL, Cheng VG, Egeland B. Trasmisión del maltrato de padres a hijos infancia y aprendizaje Madrid, 1995;71:99-110.

³⁰ Sánchez E, Cañas M, Muriel E et al. Guía de Atención al maltrato infantil. Sevilla: Asociación Andaluza para la defensa de la infancia y la prevención del maltrato (ADIMA), 1993:34-44.

³¹ Broefenbrenner U. The experimental ecology of human development. Cambridge: Harvad University Press, 1979.

³² Belsky J. Child maltreatment : An ecological integration. American Psychologist, 1980;35:320-335.

³³ Fontana VJ. En defensa del niño maltratado.El síndrome del maltrato. México Editorial Pax 1979; 48-92

³⁴ Loredó AA, Oldak SD, Carvajal RL, Reynes MJ. Algoritmo del niño maltratado a su ingreso a un centro hospitalario pediátrico. Bol Med Hosp Infant Mex 1990;47:91-95.

³⁵ Wolfe D. Programa de conducción de niños maltratados. México DF. Trillas 1991.

³⁶ Foncerrada Moreno M el niño víctima del maltrato Rev Med IMSS 1982; 20:457-469.

³⁷ Loredó Abdalá A, Reynes Manzur J, De Martínez CS, Carvajal Rodríguez I, Vidales Bayona c, Villaseñor Zepeda J. El maltrato al menor. Una realidad creciente en México Bol Med Hosp Infant Mex 1986; 43:425-434.

³⁸ Ross SM, Risk of physical abuse to children of spouse abusing parents. Child Abuse & Negl 1996;5: 589-598.

³⁹ Herrada HA, Nazar BA, Cassaball NM, Vega RR, Nava CC. El niño maltratado en Tlaxcala : Estudio de Casos. Salud Pública Mex 1992;34:626-634

⁴⁰ Hall LA, Sachs B, Bayens MK. Mothers' potentia for child abuse: the roles of childhood abuse and social resources. Nurs Res 1998;2: 87-95.

⁴¹ López GAF, Meléndez AP, Maltrato Infantil y violencia intrafamiliar: estudio realizado en padres de niños preescolares. Psicología y salud 1996;7: 56-73.

⁴² Bennett EM, Kemper KJ. Is abuse during childhood a risk factor for developing substance abuse problems as an adult? J Dev Behav Pediatr 1994;6:426-9.

⁴³ Youssef RM, DIN AMS, Kamel MI. Children Experiencing violence 1 Parental use de corporal punishment Child Abuse & Negl 1996;10: 954-973.

⁴⁴ Leventhal JM. Risk Factors for Child Abuse: Methodologic Standards in Case – Control Studies. Pediatrics 1981;5:684-689.

⁴⁵ Brown J, Cohen P, Jeffrey GJ. A longitudinal analysis of risk factors for child maltreatment; findings of a 17 year prospective study of officially recorded and self reported child abuse and neglect. Child Abuse & Negl, 1998;11:1065-78

⁴⁶ Altemeier WA, O'Connor S, Vietze P. et al. Prediction of child abuse: a prospective study of feasibility. *Child Abuse & Negl*, 1984;8:393–400

⁴⁷ Gelles RJ, Child abuse and violence in single parent families: parent absence and economic deprivation. *Amer Orthopsychiat*, 1989;59:492-501.

⁴⁸ Murphy J, Jellinek M, Quinn D et al. Substance abuse and serious child mistreatment; prevalence, risk, and outcome in a court sample. *Child Abuse & Negl* 1991;15:197-211.

⁴⁹ Connelly CD, Straus MA. Mothers age and risk for physical abuse. *Child Abuse & Negl* 1992;16: 709-718

⁵⁰ Whipple EE, Webster-Stratton C. The role of parental stress in physically abusive families. *Child Abuse & Negl* 1991;15:279-291.

⁵¹ Drotar D, Eckerle D, Satola J et al. Maternal interactional behavior with nonorganic failure-to-thrive infants: a case comparison study. *Child Abuse & Negl* 1990;14:41-51.

⁵² Schlesselman JJ. Sample Size. En: *Case Control Studies* Oxford University Press, New York. 1982. pp 144-170.

⁵³ American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistic Manual of Mental Disorders*. Fourth Ed. Washington DC, American Psychiatric Association 1994. British Library

⁵⁴ Solis AJ. Autoestima, Autoconcepto y Salud Mental. *Psicología y Salud* 2000;13:1-9.

⁵⁵ Lara CMA, Verduzco MA, Acevedo MC. Validez y confiabilidad del instrumento de Autoestima de Coopersmith para adultos en Población Mexicana. Rev. Latinoamericana de Psicología 1984;25:247-255.

⁵⁶ Beck AT, Wara CH, Mendelson M, Erbaugh J. An Inventory for measuring depression. Arch Gen Psychiatry 1961; 4:53-63.

⁵⁷ Torres CM, Hernández ME, Ortega SH. Validez y Reproducibilidad de Beck en un hospital de Cardiología. Salud Mental 1991;14:1-6.

⁵⁸ Lara MC, Ontiveros M, Berlanga C, De la Fuente JR. Diferencias entre crisis de angustia y ansiedad generalizada en la escala de Hamilton para ansiedad. Salud Mental 1988;4:7-10 .

⁵⁹ Bordin I, Viscarra B, Hassan, Dipty JMD, Laurie R, Shikant B. World SAFE AND INDIASAFE STUDYING. The Prevalence of Family Violence. Inclen Monograph series on critical international. Health Issues. Intenational Clinical Epidemiology Network 2000:1-15

⁶⁰ Babor TF, Higgins BJC, Saunders JB, Monteiro MG. AUDIT Cuestionario de identificación de los trastornos debidos al consume de alcohol. OMS Ginebra 1992; 1-132.

⁶¹ Enciclopedia Ilustrada Cumbre. Grolier Internacional México 1985. 27 Ed.

⁶² Bronfman M, Castro V, Guiscafre H. La medición de la desigualdad. Una estrategia metodológica; análisis de las características socioeconómicas de la muestra. Arch. Invest. Med(Mex) 1988;19:351-360.

⁶³ Martínez RA, Ochotorena JP, Maltrato y abandono en la infancia editor Martínez Roca Salud 2000 España 1993; 35-62.

-
- ⁶⁴ Arthur H, Green MD, Factors Contributing to the Generational Transmisión of Child Maltreatment J. Am Chil Adolesc. Psiquiatry 1998;37; 1334-1337.
- ⁶⁵ Kempe R, Kempe CH. Niños Maltratados "El niño maltratado" Naturaleza de los malos tratos a los niños Madrid. Morata: 1988; 18-107.
- ⁶⁶ Fontana VJ. En defensa del niño maltratado.Padres Problemas México Editorial Pax 1979; 93-127
- ⁶⁷ Iliá Ivette Laureano Olivares Maltrato a los niños perspectivas del grupo familiar tesis para obtener el título de maestría en psicología clínica México 1980; 8-94.
- ⁶⁸ Camacho SA, Ayarith CR, Chaparro ASH, Factores asociados al maltrato en niños y adolescentes de una Institución de Protección en Bogota Proyecto de Grado Facultad de Psicología 2004.
- ⁶⁹ Aranjó J Psicología Dinámica Barcelona : Heder 1996 P.164
- ⁷⁰ Lynch MA, III Healt and child Abuse lancet 1975: 2; 317-319.
- ⁷¹ Gallardo CJA, Malos tratos a los niños editor Nancea SA España 1988;101-112
- ⁷² Asociación Argentina de Prevalecía de la violencia intrafamiliar Manual de Capacitación y recursos para la prevención de la violencia Familiar con el apoyo de la secretaria de desarrollo social programa de fortalecimiento de la sociedad Civil y proyectos de padres y madres cuidadoras Autoestima y Comunicación 1998; 76-77.
- ⁷³ Shibutani T, Psicología Social y psicología Paidos 1971, 45-55
- ⁷⁴ Feder L, Madre e hijo su encuentro y reencuentro en torno a la Hipogalactia, Síndrome de tres Traumas Básicos Cuadernos de Psicoanálisis 1967;3; 187-225.
- ⁷⁵ Morales JM, Costa M. tendencias actuales en la investigación del maltrato infantil. Niños maltratados. Díaz de Santos Madrid, España:1997;309-323